



**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Conocimiento de la lista de verificación de cirugía  
segura y su relación con la aplicación del equipo  
quirúrgico del hospital Nacional Arzobispo Loayza,  
2018**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**

**Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

**AUTOR:**

**Br. Liliana Lourdes Fuentes Huamán**

**ASESOR:**

**Mgtr. Flabio Romeo Paca Pantigoso**

**SECCIÓN:**

**Ciencias médicas**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

**Calidad en las Prestaciones de Salud**

**LIMA – PERÚ**

**2018**

 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS</b>	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	---------------------------------------	---

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (a) Liliana Lourdes Fuentes Huaman cuyo título es: "Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital nacional Arzobispo Loayza, 2018"

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: 14 (Catorce).

Lima, San Juan de Lurigancho .21 de noviembre del 2018

  
Dra. Yolanda Huayta Franco  
 PRESIDENTE

  
Matr. Guisela Rivera Arellano  
 SECRETARIO

  
Matr. Flabio Paca Pantigoso  
 VOCAL

 Elaboró	 Dirección de Investigación	Revisó	 Responsable del SGC	 Aprobó	 Vicerrectorado de Investigación
--	---	--------	--	--	--

**Dedicatoria**

A mi familia que siempre me motiva a alcanzar mis metas.

A mí maestro Flabio Romeo Paca Pantigoso quien con mucha paciencia me apoyo en la realización de esta tesis de investigación.

### **Agradecimiento**

A mi familia que siempre me motiva a alcanzar mis metas

A mis padres, por su apoyo incondicional en mi formación personal y profesional.

Al Mgtr. Flavio Paca Pantigoso quien con mucha paciencia me apoyo en la realización de esta tesis de investigación.

A los docentes de la UCV, por sus enseñanzas en mi formación profesional.

### **Declaratoria**

Yo, Liliana Lourdes Fuentes Huamán, estudiante de la Escuela profesional de Postgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede SJL-Lima este; declaro que la presente tesis titulada “Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico en Hospital Arzobispo Loayza 2018”, presentada para la obtención del grado académico profesional de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- La tesis es de mi autoría.
- He respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas en el presente trabajo de investigación.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas señaladas en la realización de esta tesis.
- Esta tesis no ha sido auto plagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- Los datos presentados en los resultados son reales, no son falsos, ni copiados, por tanto los resultados son aportes fidedignos a la realidad investigada.
- Soy consciente que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente, de identificarse fraude, plagio, uso de material intelectual sin el debido reconocimiento de fuente o autor asumo las consecuencias y sanciones que determine la Universidad César Vallejo.

Lima, 21 de julio del 2018



---

Lic. Liliana Lourdes Fuentes Huamán

DNI: 42006507

## **Presentación**

A los Señores Miembros del Jurado del Programa de Postgrado de la Universidad César Vallejo – Sede SJL-Lima Este, presento la Tesis titulada: “Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del Hospital Loayza, 2018”; en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo; para obtener el grado de: Magister en Gestión de los Servicios de la Salud. En este trabajo de investigación describo los hallazgos de la investigación que tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el conocimiento y la aplicación del equipo quirúrgico del Hospital Arzobispo Loayza, 2018, contando con una población de 42 profesionales de la sala de operaciones número 5 del hospital del hospital Arzobispo Loayza, 2018.

La presente investigación está constituida por ocho capítulos. En el primero denominado Introducción se describe la realidad problemática, trabajos previos, teorías relacionadas al tema, justificación del estudio, formulación del problema, la hipótesis y los objetivos de la investigación que dan los primeros conocimientos del tema. En el capítulo dos Métodos se presenta el diseño de investigación, las variables, la Operacionalización de las variables, población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad, el método de análisis de datos y los aspectos éticos. En el tercer capítulo se presenta los resultados de la investigación. En el cuarto capítulo se presenta la discusión de los resultados. En el quinto capítulo se exponen las conclusiones de la investigación. En el sexto capítulo se presentan las recomendaciones, en el séptimo capítulo la referencia bibliográfica y finalmente octava anexos.

La autora

## Índice

Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	xi
Abstract	xii
 <b>I. Introducción</b>	 <b>13</b>
1.1 Realidad problemática	14
1.2 Trabajos previos	16
1.3 Teorías relacionadas al tema	19
1.4 Justificación del estudio	33
1.5 Formulación del problema	34
1.6 Hipótesis	34
1.7 Objetivos	35
 <b>II. Método</b>	 <b>36</b>
2.1 Diseño de investigación	37
2.2 Variables, Operalización	37
2.3 Población y muestra	43
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	44
2.5 Métodos de análisis de datos	47
2.6 Aspectos éticos	47

<b>III. Resultados</b>	49
3.1 Estadística descriptiva	50
3.2 Estadística inferencial	64
<b>IV. Discusión de resultados</b>	68
<b>V. Conclusiones</b>	71
<b>VI. Recomendaciones</b>	73
<b>VII. Referencias bibliográficas.</b>	76
<b>VIII. Anexos</b>	82
A: Matriz de consistencia	83
B: Matriz de Operacionalización V1	86
C: Matriz de Operacionalización V2	87
D: Instrumento de la variable 1	90
E: Instrumento de la variable 2	93
F: Artículo Científico	94
G: Acta de Aprobación de Originalidad de tesis	100
H: Pantallazo del Turnitin	101
I: Autorización de publicación de tesis	102
J: Autorización de la versión final del trabajo de investigación	103



## Índice de tablas

<i>Tabla 1. Matriz de Operacionalización de la variable conocimientos</i>	39
<i>Tabla 2. Matriz de Operacionalización de la variable aplicación</i>	40
<i>Tabla 3. Distribución de la población</i>	43
<i>Tabla 4. Estadístico de fiabilidad del instrumento de conocimientos</i>	45
<i>Tabla 5. Estadístico de fiabilidad del instrumento de aplicación</i>	46
<i>Tabla 6. Tabla de frecuencias de la variable conocimientos de la lista de verificación de cirugía segura</i>	50
<i>Tabla 7. Tabla de frecuencias de la variable conocimientos, dimensión Entrada</i>	51
<i>Tabla 8. Tabla de frecuencias de la variable conocimientos dimensión Pausa</i>	52
<i>Tabla 9. Tabla de frecuencias de la variable conocimientos dimensión Salida</i>	53
<i>Tabla 10. Tabla de frecuencias de la variable aplicación de la lista de verificación de cirugía segura</i>	54
<i>Tabla 11. Tabla de frecuencias de la variable aplicación, dimensión entrada</i>	55
<i>Tabla 12. Tabla de frecuencias de la variable aplicación, dimensión Pausa quirúrgica</i>	56
<i>Tabla 13. Tabla de frecuencias de la variable aplicación, dimensión Salida</i>	57
<i>Tabla 14. Tabla de frecuencias de la variable conocimientos de la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación tabulación cruzada.</i>	58
<i>Tabla 15. Tabla de frecuencias fase entrada de la variable conocimientos de la lista de verificación de cirugía segura y aplicación, tabulación cruzada.</i>	60
<i>Tabla 16. Tabla de frecuencias fase pausa quirúrgica de la variable conocimientos de la lista de verificación de cirugía segura y aplicación, tabulación cruzada.</i>	61
<i>Tabla de frecuencias fase salida de la variable conocimientos de la lista de verificación de cirugía segura y aplicación, tabulación cruzada.</i>	63

## Índice de figuras

<i>Figura 01 Grafica de barras variable conocimientos</i>	<i>50</i>
<i>Figura 02 Grafica de barras dimensión entrada</i>	<i>51</i>
<i>Figura 03 Grafica de barras dimensión pausa</i>	<i>52</i>
<i>Figura 04 Grafica de barras dimensión salida</i>	<i>53</i>
<i>Figura 05 Grafica de barras variable aplicación</i>	<i>54</i>
<i>Figura 06 Grafica de barras dimensión entrada</i>	<i>55</i>
<i>Figura 07 Grafica de barras dimensión pausa</i>	<i>56</i>
<i>Figura 08 Grafica de barras dimensión salida</i>	<i>57</i>
<i>Figura 09 Grafica de barras variable conocimientos-aplicación</i>	<i>58</i>
<i>Figura 10 Grafica de barras dimensión entrada</i>	<i>60</i>
<i>Figura 11 Grafica de barras dimensión pausa</i>	<i>61</i>
<i>Figura 12 Grafica de barras dimensión salida</i>	<i>63</i>

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo: determinar la relación entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación del equipo quirúrgico de sala de operaciones 5 del Hospital Arzobispo Loayza, 2018

El método que se utilizó fue hipotético deductivo con un enfoque cuantitativo, de tipo aplicada que tiene un diseño no experimental, de corte transversal con un nivel de investigación descriptivo correlacional. Para tal efecto, se trabajó con una población de 42 profesionales que forman parte del equipo quirúrgico. Los instrumentos de investigación empleados son un cuestionario para medir el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura, y una guía de observación para obtener información sobre la aplicación de la Lista de verificación, generando así una base de datos en el software SPSS, para su respectivo análisis estadístico de datos.

La investigación llegó a la conclusión general, que existe correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación del equipo quirúrgico de la sala de operaciones, dado que tiene un p valor de 0,000 el cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación Rho de Spearman moderada de 0,418 lo que se interpreta como una relación moderada entre las variables de estudio.

**Palabras claves:** Conocimiento, aplicación, equipo quirúrgico.

## **Abstract**

The objective of the present investigation was to determine the relationship between the knowledge of the safe surgery checklist and its application of the operating room surgical equipment 5 of the Arzobispo Loayza Hospital, 2018

The method that was used was hypothetical deductive with a quantitative approach, of applied type that has a non-experimental, cross-sectional design with a level of correlational descriptive research. For this purpose, we worked with a population of 42 professionals who are part of the surgical team. The research instruments used are a questionnaire to measure the knowledge on the Safe Surgery Verification Checklist, and an observation guide to obtain information about the application of the Checklist, thus generating a database in the SPSS software, for its respective statistical data analysis.

The investigation reached the general conclusion, that there is a significant correlation between the knowledge of the safe surgery checklist and its application of surgical equipment in the operating room, given that it has a p value of 0.000 which is lower than the level of significance of 0.05, reaching a degree of moderate Spearman's Rho correlation of 0.418, which is interpreted as a moderate relationship between the study variables.

**Keywords:** Knowledge, application, surgical team.

## **I. INTRODUCCIÓN**

### 1.1. Realidad Problemática

Sánchez, et al (2016) “en el año 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) crea la Alianza Mundial para garantizar la Seguridad del Paciente con el propósito de promover sensibilización y compromiso político para mejorar la seguridad en la atención sanitaria”.

Félix, Vicente & De la Cruz (2016) “La liste de verificación de cirugía segura constituye una herramienta diseñada por la OMS para lograr disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad peri operatoria su conocimiento es de vital importancia para poderla aplicarla correctamente”

Solor (2015) La OMS elaboró un estudio piloto, entre los años 2008 y 2009, dando a conocer que la implantación del *checklist* logro reducir un porcentaje de errores evitables de un 35,2 % a 24,3 %.

Astudillo & Espinosa (2015) El listado de verificación permite ayudar a los equipos quirúrgicos, anestesiólogos y enfermeras reforzar las prácticas de seguridad, así como optimizar la comunicación y el trabajo en conjunto de las diferentes disciplinas.

Solor, (2015) Según la organización mundial de la Salud, su implantación permite salvar hasta medio millón de vidas al año en el mundo. España, lo ha implementado garantizando así una acertada ejecución de determinadas actividades, como es la prevención de errores al organizar las acciones y de constituir un recordatorio de estas mismas.

Minsa (2010) Con resolución ministerial N° 308 aprueba la “lista de verificación de Cirugía”, que representa una herramienta esencial para mejorar la atención al paciente que se va a someter a una intervención quirúrgica.

Según el informe 021 del año 2016 que emite la oficina de gestión en la calidad en el hospital nacional Arzobispo Loayza sobre un monitoreo en relación a la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura de un universo de 230 historias clínicas nos presenta que el 63% (145 Historias Clínicas) aplican de forma correcta de la Lista de verificación seguido de un 29% (67Historias Clínicas) con alguna omisión en su llenado y finalmente un 8% (18 Historias Clínicas) sin aplicación de Lista de Verificación.

Así mismo detalla que en la sala de operaciones nro.5 se realizan un total de 2259 cirugías que hacen un promedio de 8 diarias, sin embargo hay que mencionar que se observa situaciones al inicio, durante y al término de la cirugía que afirman y demuestran la falta de un adecuado conocimiento para la correcta aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura. Es así que al momento de efectuar el registro de entrada a la pregunta sobre cómo prevenir el riesgo de una hemorragia, ítem que tienen por finalidad garantizar el seguimiento y la disposición frente a este evento se debe posponer el marcado correcto ya que por falta de una correcta preparación prequirúrgica no se tramita a tiempo el paquete globular y que se hará efectivo en el transcurso de la cirugía.

Otra circunstancia que es omitida es al momento de aplicar la 2da fase del listado de verificación es decir la pausa quirúrgica, aquí cada uno de los miembros que integran el equipo quirúrgico se debe de presentar indicando su nombre y su función, confirmando el tipo de operación se va efectuar en el paciente, así como la zona de operación correcta, revisando los puntos esenciales dentro del plan de intervención, empleando la guía la Lista de verificación como guía.

Otro momento que el equipo quirúrgico no aplica adecuadamente es relacionado al registro de Salida en el ítem que responde a la pregunta si el (la) Cirujano(a), anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan: Cuáles serán los puntos fundamentales acerca de la recuperación y terapia del paciente ya que no se efectúa la confirmación verbal porque que en algunas ocasiones el cirujano se retira momentos antes del cierre del ultimo plano como es el cierre de la piel obviando este ítem.

Así también debo enfatizar que cada uno de los miembros que forma parte del equipo quirúrgico debe de cumplir con la firma correspondiente, número de colegio y sello correspondiente al pie de la lista de verificación siendo en algunos casos obviados por los profesionales lo que resulta una forma más de no aplicar adecuadamente el listado de verificación de seguridad en la cirugía.

Como enfermera especialista en centros quirúrgicos que forma parte del equipo quirúrgico y con la finalidad de garantizar una atención de calidad y exenta de complicaciones al paciente que va a ser sometido a una cirugía, propongo realizar el presente estudio de investigación en un hospital nacional de Lima enfocado a los integrantes del equipo quirúrgico.

## 1.2 . Trabajos Previos.

### Antecedentes internacionales

Moreta (2015), realizo un estudio titulado *Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de seguridad en la cirugía , establecida por la OMS en anestesiólogos, cirujanos y enfermeras en el hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015*, el objetivo de la investigación fue determinar el grado de conocimiento de la aplicación del listado de verificación de cirugía segura. La metodología empleada consistió en aplicar una encuesta directa a 61 profesionales, la cual contenía 8 preguntas en relación a la lista verificación de seguridad durante la cirugía, y 2 preguntas sobre la percepción de poner en funcionamiento la lista de verificación de la cirugía en su institución. Los resultados que se encontraron: El 11% de los profesionales cumplieron la normativa por completo, las enfermeras son las profesionales que más cumplieron. Los anestesiólogos son los profesionales que poseen mayor conocimiento en las preguntas individuales. El grado de conocimiento que tienen los profesionales en relación a la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura es menor de lo esperado, existe falta del conocimiento sobre su importancia y la falta de unión dentro del equipo quirúrgico se han reconocido como errores que llevan a incumplir la norma.

Rodríguez (2016), realizo un trabajo de investigación denominado *descripción de la aplicación sobre la lista de verificación en el servicio de cirugía del hospital privado de Córdoba* ,tema realizado para optar el título de maestra en gerencia y administración en servicio de salud ,el cual tuvo como objetivo analizar la aplicación lista de verificación quirúrgica en los ambientes de cirugía .La metodología empleada se basó en un diseño de investigación retrospectivo transversal, descriptivo, cuantitativo. La fuente de recolección de datos primaria, ya que se obtuvo información directa de la población en estudio. Se aplicó un cuestionario estructurado a responder en el Hospital durante el receso laboral del personal. La población estudiada estuvo conformada por el personal que labora en quirófano, de ambos sexos, médico cirujano, anestesista, enfermeros/as, instrumentadores quirúrgicos (técnicos y licenciados) del turno mañana y tarde.



Los resultados obtenidos reflejan la necesidad de trabajar en la valoración de la lista de chequeo en la cirugía entre el personal, porque si bien se aplica se desconoce su razón y beneficios de su uso.

León, M. (2016), realizó un estudio denominado *Conocimiento e Implementación sobre la seguridad en el paciente quirúrgico en una institución pediátrica*, cuyo objetivo fue estimar el nivel de conocimiento así como la implementación sobre seguridad en el paciente quirúrgico. En cuanto a la Metodología se realizó un estudio observacional, de nivel descriptivo, con corte transversal durante los meses de abril del 2014 hasta diciembre del año 2015. La muestra estuvo representada por 78 profesionales del ámbito de salud de diferentes turnos de trabajo, los instrumentos utilizados para recolectar datos consistieron en 1) Cuestionario relacionado al conocimiento sobre seguridad en el paciente quirúrgico y 2) Cuestionario sobre el cumplimiento de la seguridad quirúrgica.

Se obtuvieron como resultado qué el nivel de conocimiento sobre seguridad quirúrgica fue bueno con un 77% dentro de los participantes. Respecto de la evaluación sobre cumplimiento se llegó a encontrar que un promedio de 85.6 % en 1ra fase es decir antes de la anestesia lo que representa un cumplimiento bueno, en la 2da fase es decir antes de la incisión cutánea 79.86% lo que refleja un cumplimiento regular y en relación a los factores del entorno tanto interno y externo del área quirúrgica que influyen en la seguridad del paciente quirúrgico de la 3era fase, antes que el paciente abandone el quirófano 85.2% o cumplimiento bueno. Se concluyó al evaluar las tres etapas de la lista de verificación de seguridad quirúrgica en el paciente pediátrico permitió reconocer áreas de oportunidades para poder renovar su implementación, logrando de esta manera disminuir las complicaciones, así como muertes que se pudieron evitar avanzando hacia una cultura de seguridad en el paciente quirúrgico.

### **Antecedentes nacionales**

Torres (2016), realizó un estudio denominado *cumplimiento del listado de verificación de la cirugía segura en las áreas de centro quirúrgico en el hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo*, durante el mes de agosto 2016, el objetivo fue determinar el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura en el servicio del centro quirúrgico del hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – agosto 2016, el método empleado consistió en un Enfoque cuantitativo, Descriptivo y Transversal, la población estuvo conformada por el total de cirugías programadas y realizadas en el mes de Agosto, que en promedio mensual es de 215 lista de verificación de cirugía segura y una muestra de 138. Los resultados encontrados fueron que solo el 0.7% de los casos cumple de forma excelente, 0.7% de forma parcial, 2.2% de forma mínimo y el 96.4 no cumple con la Lista de Verificación de Cirugía Segura. Se concluye que el personal de centro quirúrgico no cumple con la Lista de Verificación de la Cirugía Segura en los tres momentos.

Irigoin & Lozada (2017), realizaron un estudio denominado *conocimiento de la lista de verificación de seguridad quirúrgica en el equipo quirúrgico de sala de operaciones. Hospital regional docente las Mercedes. Chiclayo, 2017*, el objeto del estudio consistió en determinar el conocimiento sobre el listado de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico. En cuanto a la metodología empleada fue de tipo cuantitativa, nivel descriptivo y corte transversal, la población muestral estuvo conformada por 41 participantes; 15 enfermeras, 15 cirujanos y 11 anestesiólogos; se empleó el cuestionario como técnica para recolectar datos, el procesamiento de los datos se realizó con Excel 2016 Y SPS 21. Las conclusiones fueron, el 55.56% del equipo quirúrgico tienen un conocimiento medio y que el 46.54% tienen un conocimiento bajo sobre la lista de verificación de cirugía segura. Los cirujanos tienen mayor porcentaje de conocimiento malo sobre las actividades, los objetivos y las fases de la lista de verificación (73.3%, 80% y 53.3%). Sin embargo, hay que mencionar que todo el equipo quirúrgico tiene un 0.0% de conocimiento bueno sobre los objetivos de la lista de verificación de cirugía segura.

### **Antecedentes Locales**

Lázaro (2017) realizó un estudio de investigación denominado *conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en relación a su aplicación por parte del profesional de enfermería de centros quirúrgicos de la clínica Limatambo*, el objeto de este estudio fue establecer la relación que existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el profesional de enfermería que labora en el Centro Quirúrgico de la Clínica Limatambo, en cuanto a la metodología aplicada, el estudio es de tipo descriptivo Correlacional, los datos fueron recolectados en forma individual de cada uno de las 40 profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico. Los instrumentos de investigación empleados consistieron en un cuestionario el cual sirvió para valorar el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura, y una encuesta para recolectar información acerca de la aplicación de la Lista. Los datos se tabularon y se graficaron en Excel, y se utilizaron medidas de frecuencias y porcentajes, así como la prueba de correlación lineal de Pearson para la contratación de las hipótesis de estudio. Se dedujo que existe relación entre el conocimiento y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, del mismo modo que entre el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y cada una de las dimensiones de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el profesional de enfermería de la muestra investigada.

### **1.3. Teorías Relacionadas al tema.**

#### **Definición de conocimiento.**

Martínez y Benítez (2016), Es el resultado final de un vínculo dialéctico, que es permanente y obligatorio entre el interior cognoscitivo y racional en los seres naturales, del mundo exterior sideral y temporal en los que se desenvuelven. Este producto final, es el resultado de la facultad de razonar, de comprender y que nos va a permitir producir conceptos, juicios y criterios, en otras palabras, de las ideas que edificamos acerca de la realidad.

Cheesman (2010). El Conocimiento viene a ser el acumulo de información, el cual es adquirido de forma científica o empírica. Si Partiremos del hecho que Conocer consiste en aprehender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento va suponer una referencia mutua o una relación entre: el sujeto y el objeto.

Conocer desde el punto de vista filosófico significa poder aprehender teóricamente los objetos, así como sus cualidades, sus modos, y también sus relaciones, en resumen es llegar a poseer la verdad o al menos encontrarla angustiosamente.

### **Clasificación del conocimiento**

Hernández, Zapata y Mendoza (2017), Clasifican el conocimiento en dos grandes grupos: Aquellos para los cuales el sujeto no exige explicaciones ni demostraciones racionales porque son creencias justificadas sobre procesos o entes que hacen se consideren reales y su justificación no es ni pretende ser sistemáticamente racional.

Forman parte de este grupo:

- **Conocimiento empírico** (de empiria o experiencia) o también vulgar (de vulgo pueblo), se adquiere de manera sistemática y su certeza deriva de la experiencia propia y del sentido común. Por ejemplo el saber que tiene un campesino sobre las mejores épocas para sembrar una semilla en su parcela.
- **Conocimiento religioso** (también llamado revelado) la certeza deriva de la creencia de una verdad comunicada por autoridad divina. Ejemplo los libros sagrados
- **Conocimiento científico** que investiga de forma rigurosa las causas de los fenómeno y hechos concreto (naturales y sociales), pretendiendo establecer la certeza de esa investigación a través de un método que incluye la observación y la experimentación.

Son aceptados en la medida en que aportan evidencias producto de una actividad sistemática y análisis de investigación. Por ejemplo la búsqueda de una vacuna para tratar el sida .

- **Conocimiento filosófico**, que investiga fundamentos reales mediante procedimientos racionales y argumentativos que incluyan análisis crítico y riguroso de supuestos y la elucidación de los conceptos e ideas en una estructuración.

### **Niveles de conocimiento:**

Cerón (2016) plantea la existencia de cuatro tipos de conocimiento los cuales son:

- El conocimiento acientífico. Podemos decir que es el tipo de conocimiento no científico llamado también vulgar, ordinario o de sentido común.
- Es el origen del sentido inmediato en medio de los individuos de una misma cultura, que opera como una forma de entendimiento práctico la cual está conformada dentro de un sistema de esquemas ya incorporados y que van a ser adquiridos durante el curso de nuestra historia individual .(Bourdieu, 1998).
- El conocimiento precientífico, Es impreciso, es también inexacto; ya que al encontrarse en los fines de la ciencia moderna, viene a ser como un híbrido informacional que no siempre va confluir hacia el verdadero conocimiento científico
- El conocimiento científico representa la objetividad , lo sistemático, se caracteriza por ser metódico, fundamentado, explicativo, también predictivo, existen distintas formas de llegar a concebirlo de reproducirlo y de ponerlo en práctica.
- El conocimiento metacientífico. Se denomina así ya que tiene como objeto de sus reflexiones, no a la realidad empírica, sino a la realidad de carácter científico. Según Bunge (2004) puede dividirse en tres: a) la lógica de la ciencia, b) la metodología de la ciencia y c) la filosofía de la ciencia.

### **Definición de la lista de verificación de cirugía segura**

Según el Minsa (2009), La lista de verificación de cirugía segura viene a ser un instrumento puesto a orden del personal profesional sanitario con el objeto de renovar la seguridad quirúrgica durante sus intervenciones logrando reducir así los sucesos adversos que son evitables.

Esto se encuadra dentro del Reto a nivel mundial denominado “La Cirugía Segura Salva Vidas”, de la Alianza en el mundo para la Seguridad del Paciente de la OMS. A través de esta Alianza, y luego de consultar con médicos cirujanos, anestesiólogos, con enfermeras, y con otros profesionales de la salud y con los pacientes del mundo, logrando identificar un grupo control sobre seguridad en el paciente que pudiese realizarse en cualquier quirófano.

Moreta (2015), El conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura es el conocimiento referente a los conceptos básicos que se manejan en cada una de sus tres fases que contiene la Lista de Verificación de Cirugía Segura, es decir, fase entrada, fase pausa quirúrgica y fase salida, incluyendo el objetivo principal, su importancia, así como las ventajas de la implementación en la institución o del establecimiento hospitalario.

Minsa (2009), El registro de la lista de verificación durante la cirugía va dividir la intervención en tres fases la que compete a un periodo de tiempo concreto dentro del flujo regular del procedimiento.

#### **1) El periodo antes de la inducción anestésica o de (Entrada)**

En la fase de Entrada (Sign In) es decir antes de la inducción anestésica, el organizador de la Lista de Chequeo repasará de forma verbal con el paciente (cuando esto sea posible) la confirmación de su identidad, la zona de la cirugía y la técnica a realizar, así como si se obtuvo el consentimiento informado para realizar la intervención.

El organizador deberá de confirmar de forma visual que el área de la intervención se ha marcado (si esto procedería), y se corroborara verbalmente con el médico anestesista el riesgo de presentar hemorragia en el paciente, la posible dificultad para abordar la vía aérea, y los antecedentes alérgicos, así como si se ha logrado completar o no la verificación del total de controles de seguridad anestésica.

- 2) El periodo que sigue posterior a la inducción y previo al corte quirúrgico o (“Pausa quirúrgica” )

Durante la “Pausa quirúrgica” (Time Out), el grupo quirúrgico realizará una pausa justo antes de la incisión de la piel para lograr confirmar y en voz alta si se ha aplicado el antibiótico profiláctico durante los últimos 60 minutos y si encuentran a la vista las imágenes fundamentales , si es que procede.

El médico cirujano, el médico anestesista y la enfermera circulante de la sala verificaran de forma verbal puntos críticos del plan que se previó para la intervención, utilizando para ello las preguntas de la Lista de Chequeo como una guía.

- 3) El periodo que transcurre ipso facto después de cerrar la herida o de (Salida).

A la Salida del paciente (Sign Out), el médico cirujano, el médico anestesista y la enfermera circulante revisaran cada uno de ellos y en voz alta, los sucesos críticos de la intervención así como la planificación de los cuidados para obtener un postoperatorio seguro, pero antes de terminar la intervención quirúrgica y poder retirar los paños estériles.

El médico cirujano confirmará de forma verbal el procedimiento que ha realizado, el médico anestesista los planes de recuperación y la enfermera tendrá que identificar las muestras biológicas, y el recuento total de las gasas e instrumental.

## Aplicación

RAE (2017), la palabra aplicación hace referencia a “la acción y efecto de aplicar o aplicarse”. Proviene del latín *Applicāre* que significa usar, aplicar o poner en práctica un conocimiento o principio, a fin de obtener un determinado efecto o algún provecho en alguien o en algo.

Minsa (2009), La Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía según, tiene como objetivo primordial reforzar las prácticas quirúrgicas seguras reconocidas y fomentar una mejor comunicación así como el trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas.

Sescam (2013) enfatiza que dentro del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica, se aconseja que exista una única persona encargada de tener aplicar y llenar los cuadros del listado y que “coordinador/responsable de este Listado de Verificación” debiera ser cualquier profesional de la salud que participe dentro del proceso quirúrgico, según convenio adoptado en cada centro.

OMS (2009), dentro de su Manual de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura nos hace referencia de cómo aplicar el Listado de verificación de cirugía segura en sus tres fases también nos recomienda que este profesional de la salud sea una enfermera en este caso la enfermera circulante. El Listado de Verificación va a distribuir la intervención quirúrgica en tres periodos, cada una correspondiente a un periodo de tiempo preciso durante el transcurso normal de la intervención:

- El periodo antes a la inducción de la anestesia (Entrada),
- El periodo posterior a la inducción anestésica y antes de realizar la incisión quirúrgica (“Pausa quirúrgica”),
- Y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida).



## **1ERA FASE ENTRADA: anterior a la inducción de la anestesia**

Las siguientes inspecciones de seguridad han de ponerse en funcionamiento anterior a la inducción de la anestesia para poder asegurar la seguridad del procedimiento. Se solicita la presencia como mínimo del médico anestesista y de la enfermera.

El organizador de la lista de verificación podrá completar esta parte una sola vez de forma secuencial, dependiendo de cómo se desarrolle la preparación para la anestesia.

- **¿El paciente ha confirmado su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento a realizar y su consentimiento?**

El organizador de la lista confirma verbalmente la identidad del paciente, el tipo de cirugía a realizar, el lugar anatómico de la intervención y el consentimiento informado del paciente poder realizarlo.

No obstante pueda parecernos reiterativo, este punto resulta básico para poder garantizar que no se va operar a la persona incorrecta o el lugar anatómico inexacto ni que se va realizar una intervención quirúrgica errónea.

Si fuera el caso de que el paciente no pudiera confirmarnos estos datos, en el caso de niños o de pacientes que se encuentren incapacitados, pudiendo admitir esta función a un familiar o algún tutor. En caso de que no tenga un familiar, algún tutor o si se omitiera este paso, como por ejemplo ante un caso de emergencia, todo el grupo deberá de conocer los motivos y concertar antes de seguir con el procedimiento quirúrgico.

- **¿Se ha demarcado el sitio quirúrgico?**

El organizador de la lista deberá reafirmar que el cirujano que va a efectuar la operación ha realizado el marcado de la zona quirúrgica (generalmente con un marcador) en los casos que incluyan lateralidad (distinguir entre la izquierda y la derecha) o en caso de diversas estructuras o niveles (por ejemplo. En un dedo, en una lesión cutánea o en caso de una vértebra en concreto). En sistemas mediales (como la tiroides) o únicas (como el bazo), la demarcación del sitio se hará o no según la práctica local. Sin embargo, la demarcación sistemática del sitio quirúrgico puede ofrecer una afirmación adicional de que el lugar anatómico y que el método son los correctos.

Para poder completar este paso, el Coordinador de la lista de verificación pedirá al médico anestesista que compruebe que se ha efectuado una verificación de seguridad de la anestesia, entendiendo esto como una inspección precisa del instrumental de anestesia, del circuito, de medicamentos y del riesgo anestésico en el paciente previo a cada intervención.

- **¿Se ha completado la comprobación del instrumental anestésico y de la medicación anestésica?**

El organizador de la lista de verificación pedirá al médico anestesista que compruebe que se ha efectuado una verificación de seguridad de la anestesia, entendiendo esto como una inspección precisa del instrumental de anestesia, del circuito, de medicamentos y del riesgo anestésico en el paciente previo a cada intervención.

Además de confirmar que el paciente está apto para poder someterse a la operación, el grupo de anestesia debe de inspeccionar el equipo para intubación y el equipo de aspiración para vía aérea, así como el sistema de ventilación (que incluye el oxígeno y los medicamentos inhalados), la succión y los medicamentos, así como de dispositivos y los equipos de urgencia esto para asegurarse que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento.

- **¿Se ha colocado el pulsoxímetro y funciona?**

El organizador del listado de verificación de cirugía deberá confirmar que al paciente se le haya insertado justo antes de la inducción anestésica un pulsoxímetro y que se encuentre funcionando de forma correcta. Lo importante es que la lectura de este dispositivo sea visto por todo el equipo quirúrgico. Así también deberá utilizarse una estructura de señal sonora que nos mantenga alerta sobre el pulso y de la saturación de oxígeno. La OMS ha advertido encarecidamente utilizar el pulsoxímetro como un componente inevitable para la seguridad durante la anestesia. Si no se llegara a disponer de uno, el médico cirujano y médico anestesista deberán evaluar la gravedad del caso y deberán de considerar la posibilidad de tener que aplazar la intervención quirúrgica hasta que se tomen las disposiciones necesarias para poder disponer de uno.

En caso de urgencia, para poder salvar un miembro o la vida del paciente, podrá obviarse este requisito, pero el equipo deberá de estar de acuerdo sobre la obligación de proceder con la operación.

- **¿Tiene el paciente alergias conocidas?**

El organizador de la lista de verificación presidirá esta pregunta y las dos siguientes al anestesista. Primero, interrogará si el paciente tiene algunas alergias conocidas y, si esto fuera así, cuáles son. Si el organizador tiene conocimiento sobre alguna alergia que el anestesista no conozca, deberá de comunicarle esa importante información.

- **¿Tiene el paciente un riesgo de hemorragia >de 500 ml (7 ml/kg en niños)?**

El organizador de la lista de verificación formulará la siguiente pregunta al equipo de anestesia si el paciente tiene el riesgo de poder perder más de medio litro de sangre durante la operación, esto con la finalidad de poder garantizar que se reconozca esta posible complicación crítica y que se debe estar preparado para poder hacerle frente. La pérdida de grandes volúmenes sanguíneos se encuentra como uno de los peligros más graves y comunes en los pacientes quirúrgicos, y que el riesgo de sufrir un choque hipovolémico aumenta cuando esta pérdida de sangre supera los 500 mililitros (7 ml/kg en niños). Una preparación oportuna y la reanimación pueden lograr disminuir las consecuencias. Existe la posibilidad de que los médicos cirujanos no comuniquen el riesgo de hemorragia al grupo de anestesia así como a las enfermeras. Por consiguiente, si el anestesista desconoce el riesgo de hemorragia en el paciente, deberá de aclararlo con el cirujano antes de dar a la operación.

Si existiera el riesgo de hemorragia que superara los 500 ml, se debe de recomendar que antes de realizar la incisión de la piel se coloquen por lo menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central.

Así mismo, el equipo quirúrgico deberá corroborar la reserva de líquidos o de sangre para la reanimación. (El cirujano debe de volver a revisar la previsión de hemorragia momentos previos de la incisión cutánea, lo que nos permite un segundo control de seguridad al anestesista y al personal de enfermería.)

## **2DA FASE: Antes de la incisión cutánea**

Antes de producirse la primera incisión, el equipo quirúrgico deberá hacer una pausa momentánea para corroborar la realización de varios registros de seguridad que son fundamentales. En estos registros participan todos los miembros del equipo quirúrgico y en donde se deberá confirmar que todos los integrantes del equipo quirúrgico se presenten por su nombre y de acuerdo a su función.

Los miembros de los equipos pueden cambiar continuamente. Una administración eficaz en situaciones de alto riesgo requiere que todos los integrantes del equipo quirúrgico sepan quienes son cada uno y cuál es su cargo y su capacidad. Ello se consigue con una simple presentación.

El organizador de la lista de verificación pedirá a cada una de las personas del quirófano que se presenten por su nombre y por su función. Los equipos quirúrgicos que se conocen pueden confirmar que ya ya todos se conocen, pero los nuevos miembros así como las personas que recién hayan entrado en el quirófano después de la última operación, entre ellos los estudiantes u otro tipo de personal, deberán de presentarse de forma personal.

- **Confirmar la identidad del paciente, el nombre del procedimiento a realizar y el área donde se ejecutara la incisión**

El organizador de la lista de verificación u algún otro integrante del equipo quirúrgico pedirá a los presentes para que se detengan y que puedan confirmar de forma verbal el nombre del paciente, el tipo de intervención que se va a realizar, la localización anatómica y, si procedería, la posición del paciente para así prevenir operar al paciente o el sitio equivocado.

Como ejemplo, el enfermero circulante anunciaría así “Antes de proceder a la incisión” y añadiría “¿Estamos todos de acuerdo en que este es el paciente X correcto, al que vamos a operarlo de una hernia inguinal derecha?”. Entonces El médico anestesista, el médico cirujano y el enfermero circulante deben de confirmar individualmente y de forma explícita que están de acuerdo y en caso que el paciente no se encuentra sedado, sería conveniente obtener también su aprobación

- **¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?**

La profilaxis antibiótica en las infecciones quirúrgicas es mucho más eficaz cuando se ha logrado alcanzar las concentraciones séricas y/o tisulares adecuadas del antibiótico, los grupos quirúrgicos no administran de forma sistemática los antibióticos durante la hora anterior a la incisión de la piel. Para lograr reducir el riesgo de infección quirúrgica, el organizador de la lista de verificación preguntará en voz alta si se han administrado antibióticos profilácticos durante los 60 minutos previos. El responsable de esta administración, suele ser el anestesista, deberá de confirmarlo verbalmente.

Si no se hubiesen administrado antibióticos profilácticos, deberán ser administrados en ese momento, antes de realizar la incisión. Si se hubiera administrado más de 60 minutos antes, el equipo quirúrgico deberá considerar la posibilidad de administrar una nueva dosis. Es importante recalcar que cuando la profilaxis antibiótica no se considera necesaria (como por ejemplo, si no hay incisión cutánea o en casos de contaminación ya con antibióticos), se marcará sobre la casilla “no procede” una vez que haya confirmado de forma verbal por el equipo.

- **Previsión de eventos críticos**

La comunicación eficaz entre los miembros del grupo quirúrgico resulta esencial para la seguridad en la cirugía, la eficiencia de un trabajo coordinado y en equipo para la prevención de complicaciones graves.

Así es que si garantizamos una comunicación eficaz para cuestiones esenciales relacionadas el paciente, el organizador de la lista de verificación presidirá una conversación de forma ligera entre el médico cirujano, el anestesista y el personal de enfermería relacionado a los primordiales peligros y los planes operatorios. Para lo cual, puede formular de forma sencilla a cada uno de los miembros del equipo quirúrgico la pregunta correspondiente en voz alta. El orden de la conversación no es relevante, pero cada disciplina clínica debe de aportar información y expresar los aspectos complicados.

Sin embargo al tratar procedimientos de rutina o con aquellos que ya todo el equipo se encuentre familiarizado, el médico cirujano puede simplemente anunciar así: “Este es un caso rutinario de X de tiempo de duración” e interrogar al médico anestesista y a la enfermera si es que tuvieran alguna reserva de forma particular. El cirujano preguntara ¿Cuáles van a ser los pasos críticos o que no se encuentran sistematizados? ¿Cuánto perdurara la operación? ¿Cuál es la pérdida sanguínea pronosticada?

La finalidad de hablar mínimo respecto a los “pasos críticos o no sistematizados” es la de comunicar a todos los integrantes del equipo quirúrgico sobre cualquier actuación que ponga al paciente en riesgo por una hemorragia rápida, una lesión u otra morbilidad que sea importante. También, nos ofrece la ocasión de revisar los pasos que puedan requerir como el caso de equipos, implantes o algún preparativo especial.

- **Grupo de enfermería: ¿Se confirma la esterilidad (con resultados en los indicadores)? ¿Hay alguna duda o algún problema relacionado con el instrumental y los equipos?**

El enfermero que instrumenta, es quien prepara el instrumental quirúrgico y los equipos necesarios para la operación, deberá de confirmar de forma verbal que se han esterilizado y que, en el caso del instrumental quirúrgico que es esterilizado por calor, se han corroborado los indicadores de esterilidad.

Cualquier tipo de discrepancia entre los resultados que se esperaban y los resultados reales de los indicadores de esterilidad deberá comunicarse a los miembros del equipo quirúrgico y deberá solucionarse antes de la incisión. Este momento nos permite también la oportunidad de poder hablar sobre cualquier problema que guarde relación con el instrumental, con los equipos u otros proyectos para la intervención.

Del mismo modo cualquier duda relacionado a la seguridad que puedan tener en consideración el enfermero instrumentista o el enfermero circulante, en particular de aquellas que no hayan sido tratadas por el médico cirujano y el por el equipo de anestesia. Si no existieran cuestiones exclusivas que tratar, el enfermero instrumentista puede decir de forma sencilla: “Esterilidad comprobada. No hay dudas al respecto.”

- **¿Se pueden visualizar imágenes diagnósticas esenciales?**

Los estudios de imagen diagnóstica son muy elementales para poder certificar una buena planificación y el desarrollo de muchas operaciones, como son los métodos ortopédicos, medulares y torácicos o muchas resecciones de tumores.

Para ello antes de la incisión cutánea, el organizador de la lista de verificación interrogará al cirujano si el caso requiere de algún estudio de imagen.

De ser así, el organizador confirmará de forma verbal que las imágenes se encuentran dentro del quirófano en un lugar bien visible para ser utilizados durante la intervención quirúrgica. Si se necesitan de imágenes pero no se dispone de ellas, deberán de conseguirse. El cirujano será quien decide si va operar o no sin la ayuda de esas imágenes cuando sean necesarias pero que no se encuentren disponibles.

### **3ERA FASE: Antes de que el paciente salga del quirófano**

En esta fase hay que tener presente que los controles de seguridad deberán de efectuarse antes que el paciente abandone el quirófano. La finalidad es poder facilitar el traspaso de una información significativa a los equipos de atención responsables del cuidado del paciente luego de la operación.

- **El enfermero confirma verbalmente: El nombre del procedimiento**

Debido a que el procedimiento pudo haber sido modificado o ampliado en el transcurso de la operación, el organizador de la lista de verificación reafirma junto con el cirujano y con el resto del equipo el nombre del procedimiento exacto que se ha realizado. Para lo cual puede formular la siguiente interrogante: “¿Qué procedimiento se ha realizado?” o también a modo de confirmación: “Hemos llevado a cabo la intervención X, ¿no es así?”

- **Recuento de instrumentos, gasas y agujas**

Olvidarse instrumental, gasas y agujas constituye un error poco común, pero que aún sigue ocurriendo y que puede terminar en una catástrofe.

En esta fase el enfermero que hace de circulante o el enfermero que hace instrumentista confirmar verbalmente y de forma exacta el recuento final de las gasas y agujas. Sea el caso en que se haya abierto cavidad también se deberá de confirmar el recuento exhaustivo del instrumental.

Si los recuentos no llegaran a coincidir, se deberá alertar al equipo para que puedan tomar las medidas necesarias (como la de examinar los paños quirúrgicos, en la basura y la herida o, si es que fuera necesario, llegar a obtener imágenes radiográficas).

- **El etiquetado de las muestras anatomopatológica (con lectura de la etiqueta en voz alta, con nombre del paciente)**

La rotulación de manera incorrecta de las muestras anatomopatológica puede resultar desastrosa para el paciente y llegar a ser a menudo una fuente demostrada de errores por parte de los laboratorios.

El enfermero circulante deberá de confirmar el etiquetado correcto de toda la muestra anatomopatológica que se obtuvo en la intervención quirúrgica mediante la lectura en voz alta con el nombre completo del paciente, la descripción de la muestra obtenida y con cualquier detalle que sea orientativo.

- **El cirujano, el anestesista y el enfermero revisan los aspectos principales de la recuperación y el tratamiento del paciente**

El cirujano, el anestesista y el enfermero deberán de revisar los planes de tratamiento y de recuperación durante el posoperatorio, centrándose en forma particular sobre cuestiones intraoperatorias o anestésicas que puedan afectar al paciente.

Poner especial importancia en aquellos eventos que puedan presentar un riesgo específico para el paciente durante su recuperación y que quizás no sea evidente para todos los interesados.

El fin de esta medida es de difundir información importante de forma eficiente y adecuada a todo el equipo quirúrgico. Con esta última medida, se completa la Lista de verificación de seguridad.



## **1.4. Justificación del Estudio**

### **Justificación teórica**

La presente investigación pone en relieve aspectos relacionados al porqué de la omisión de algunos de los ítems por parte de los integrantes del equipo quirúrgico para efectivizar la correcta aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

### **Justificación metodológica**

El presente estudio de investigación está generando a partir de los 19 ítems de la lista de verificación de cirugía segura una lista de cotejo a la cual se le determinó un puntaje de 19 puntos para poder determinar la aplicación correcta y si es inferior a este puntaje la aplicación se considera incorrecta.

### **Justificación práctica**

A partir de los resultados encontrados se presentarán informes que incluirán recomendaciones a los directivos del hospital para que realicen una propuesta de mejora en el servicio de sala de operaciones relacionado a la seguridad quirúrgica en el paciente específicamente al momento de efectuar la lista de verificación de cirugía segura.

## **1.5. Formulación del Problema**

### **Problema general**

¿Qué relación existe entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación del equipo quirúrgico de sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, a 2018?

### **Problemas específicos**

¿Qué relación existe entre el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su Fase de entrada, del equipo quirúrgico de sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018?

¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su Fase de pausa quirúrgica, del equipo quirúrgico de sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018?

¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su Fase de salida, del equipo quirúrgico de sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018?

## **1.6. Hipótesis general**

Existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el equipo quirúrgico de sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, año 2018.

### **Hipótesis específicas**

Existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su fase de entrada, por parte del equipo quirúrgico de sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, año 2018.

Existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su fase de pausa quirúrgica, por parte del equipo quirúrgico de sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018.

Existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su fase de salida, por parte del equipo quirúrgico de sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018.

### **1.7. Objetivo general**

Determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por parte del equipo quirúrgico de sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018.

### **Objetivos específicos**

Determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: Fase de entrada, por parte del equipo quirúrgico de sala de operaciones del hospital Arzobispo Loayza, 2018.

Determinar la -la relación que existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: Fase de pausa quirúrgica, por parte del equipo quirúrgico de sala de operaciones del hospital Arzobispo Loayza, 2018.

.

Determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación: Fase de salida, por parte del equipo quirúrgico de sala de operaciones del hospital Arzobispo Loayza, 2018.

.

## **II. MÉTODO**

## **2.1.Diseño de Investigación.**

El método fue hipotético deductivo con un enfoque cuantitativo, de tipo aplicada que tiene un diseño no experimental, de corte transversal con un nivel de investigación descriptivo correlacional

En el método hipotético deductivo “las hipótesis constituyen los puntos de partida para generar nuevas suposiciones”. Rodríguez y Pérez (2017)

Contiene un enfoque cuantitativo porque “a partir de los datos obtenidos vamos a probar una hipótesis en base al cálculo numérico, y el análisis estadístico para poder posteriormente probar una teoría”. Hernández et, al. (2014)

Es no experimental porque “la investigación se realizara será sin manipular deliberadamente las variables. En otras palabras son estudios en donde no se hace variar de forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables” (Hernández et al., 2014, p. 149).

Los estudios de nivel descriptivos “buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández et al., 2014, p. 80).

Los estudios correlacionales tienen “como propósito conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular” (Hernández et al., 2014, p. 81).

## **2.2 Variables, Operalización**

### **Definición conceptual de las variables**

#### **V1: Conocimientos**

Moreta (2016), El conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura es el conocimiento referente a los conceptos básicos que se manejan en cada una de sus tres fases que contiene la Lista de Verificación de Cirugía, es decir, fase entrada, fase pausa quirúrgica y fase salida, incluyendo el objetivo principal, su importancia, así como las ventajas de la implementación en la institución o del establecimiento hospitalario.

**V2: Aplicación**

Real academia (2017) “Emplear, administrar o poner en práctica un conocimiento, medida o principio, a fin de obtener un determinado efecto o rendimiento en alguien o algo”.

**Definición operacional de las variables****V1: conocimientos**

Las dimensiones del conocimiento de la lista de verificación de cirugía según Moreta (2016) & la OMS (2009) son tres: fase entrada, fase pausa quirúrgica y fase salida.

**V2: Aplicación**

Consta de tres dimensiones según la OMS (2009) fase entrada, fase pausa quirúrgica y fase salida.



**Tabla 2. Matriz de Operacionalización de la variable aplicación sobre la lista de verificación de cirugía segura**

Variable	Def. Conceptual	Def. Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles y rangos
Aplicación	Real academia (2017) “Emplear, administrar o poner en práctica un conocimiento, medida o principio, a fin de obtener un determinado efecto o rendimiento en alguien o algo”.	Según la OMS (2009), hay que aplicarla en sus tres fases que son: fase entrada, fase pausa quirúrgica y fase salida.	Fase entrada	Confirma identidad, Realiza demarcación del sitio quirúrgico verifica aparatos de anestesia pulsioxímetro funcionando alergias conocidas vía aérea accesible existe riesgo de aspiración existe riesgo de hemorragia > 500 ml	1,2,3,4,5,6, 7,	Si (1)       No (0)	Inicio Proceso Logro
			Fase pausa quirúrgica	Confirma que el equipo se presente por su nombre y función. Confirma la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento mencionado por el equipo quirúrgico.	8,9,10,11, 12,13,14, 15		



---

Fase salida	<p>Todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.</p> <p>Verifica si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.</p> <p>Verifica pasos críticos o inesperados, duración de la operación, pérdida de sangre prevista</p> <p>Verifica confirmación de anestesiólogo: Presenta el paciente algún problema específico.</p> <p>Verifica la esterilidad (con resultados de los indicadores),</p> <p>Se visualizaran imágenes diagnósticas esenciales (si procede)</p> <p>Confirma nombre del 16,17,18, procedimiento, el recuento de 19. instrumentos, gasas y agujas.</p>
-------------	---

---

---

Confirma el etiquetado de las  
muestras

Confirma si hay problemas que  
resolver relacionados con el  
instrumental y los equipos

Confirma si el Cirujano, el  
anestesista y el enfermero  
instrumentista los aspectos  
críticos de la recuperación y  
tratamiento de paciente

---

## 2.3 Población y Muestra

La población estuvo constituida por el total de médicos anestesiólogos, médicos cirujanos y enfermeras programadas en centros quirúrgicos nro. 5 del hospital nacional Arzobispo Loayza en el mes de julio del 2018 representada por 42 profesionales.

**Tabla 3.**

*Distribución de la población*

Profesión	N°
Enfermero(a)	12
Anestesiólogo	6
Cirujanos	24
Total	42

### Criterios de inclusión

- Profesionales del equipo quirúrgico (anestesiólogos(as), cirujanos(as) y enfermeros(as) de sala de operaciones nro. 5 que deseen participar voluntariamente en la investigación.
- Profesionales del equipo quirúrgico (anestesiólogos(as), cirujanos(as) y enfermeros(as) con una experiencia mayor de 6 meses.

### Criterios de exclusión:

- Profesionales del equipo quirúrgico (anestesiólogos(as), cirujanos(as) y enfermeros(as) con una experiencia menor de 6 meses.
- Profesionales del equipo quirúrgico: (anestesiólogos(as), cirujanos(as) y enfermeros(as) que se encuentre de vacaciones de licencia, de permiso o de días libres.
- Que no deseen participar de forma voluntaria en el estudio.

## 2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

### Ficha técnica del instrumento de conocimientos de la lista de verificación de cirugía segura:

Nombre	:	Encuesta de conocimientos de la lista de verificación
Autor	:	Moreta
Adaptado	:	Fuentes Huaman Liliana
Duración	:	Sin tiempo limitado.

Este instrumento de conocimientos fue elaborado por el Médico Especialista Diana Carolina Moreta Sanafria en un estudio de investigación realizado en el año 2015. El cuestionario está compuesto por 10 preguntas con opciones de respuesta de tipo politómicas (a, b, c, y d), donde solo una de ellas es la respuesta correcta. La prueba de conocimientos está conformada por un total de 10 ítems, distribuido en tres dimensiones: antes de la inducción de la anestesia, antes de la incisión cutánea y antes de la salida del paciente, el índice para este instrumento es como se detalla en el siguiente párrafo:

Falso (0)

Verdadero (1)

### Validez y confiabilidad

#### Validez

Se logró mediante el Juicio de Expertos, especialistas en el tema y con trayectoria, así como el magíster Flabio Romeo Paca Pantigoso, que luego de su análisis le otorgaron un alto índice de validez que según el autor Rodríguez (2014) nos refiere que “una medición es válida si mide lo que en realidad pretende medir. Es decir asegurarse de que se mide lo que se intenta medir”.

Lo que hace posible precisar que el cuestionario de conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura es válido para poder aplicar a nuestra población en estudio.

### **Confiabilidad**

La confiabilidad que según Marroquín (2013), es el grado en que un instrumento nos produce resultados consistentes y coherentes.

La confiabilidad del cuestionario se logró a través de una prueba piloto con 20 profesionales y posterior a ello se utilizó la técnica de consistencia interna, con el índice de alfa de cronbach a través del IBM SPSS 24; los resultados obtenidos registran un índice de confiabilidad aceptable lo que nos indica que el cuestionario reúne los requisitos necesarios para su administración a la población de estudio.

**Tabla 4**

*Estadístico de fiabilidad del instrumento de conocimientos*

<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N de elementos</b>
,643	10

### **Ficha técnica del instrumento de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura:**

Nombre : Guía de observación sobre aplicación de la lista de verificación  
 Autor : OMS  
 Adaptado : Liliana Lourdes Fuentes Huamán  
 Duración : Sin tiempo limitado.

La prueba está conformada por un total de 19 ítems, distribuido en tres dimensiones: antes de la inducción de la anestesia, antes de la incisión cutánea y antes que paciente salga de la el índice para este instrumento es el siguiente:

Si (1)  
 No (0)

### **Validez y confiabilidad**

#### **Validez**

Se logró mediante el Juicio de Expertos, especialistas en el tema y con trayectoria, como las especialistas en centros quirúrgicos y el magíster Flabio Romeo Paca Pantigoso, que luego de su análisis le otorgaron un alto índice de validez

#### **Confiabilidad**

La confiabilidad de la guía de observación se logró a través de una prueba piloto con 20 profesionales y posterior a ello se utilizó la prueba de confiabilidad alfa de cronbach para estimar la consistencia interna, a través del IBM SPSS 24; los resultados obtenidos registran un alto índice de confiabilidad lo que nos indica que la guía de observación reúne los requisitos necesarios para estimarla como confiable para su administración a la población de estudio

**Tabla 5**

*Estadístico de fiabilidad del instrumento de aplicación de la lista de verificación*

<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N de elementos</b>
,869	19

## 2.5 Métodos de análisis de datos

Como el enfoque es cuantitativo se elaboró una base de datos en Excel 2013 para las dos variables, con los datos obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos, luego se procesaron mediante el análisis estadístico de datos. SPSS 24. Para la prueba de las hipótesis se aplicó el coeficiente Rho de Spearman, ya que el propósito fue determinar la relación entre las dos variables a un nivel de confianza del 95% y el nivel de significancia del 5%. La parte de Estadística descriptiva: se desarrolló en base a porcentajes en tablas para representar la distribución de los datos y tablas de contingencias o cruzadas.

Utilizaremos la Rho de Spearman para medir el grado de relación de las variables en estudio que tienen categorías ordinales.

## 2.6 Aspectos éticos

**Autonomía: Correspondería** por consiguiente a un imperativo que está relacionado con la libertad del individuo, que debe ser reconocida en el sujeto de investigación, pues ella establece relaciones con otros principios fundamentales que incluyen: racionalidad, individualidad, independencia y responsabilidad. Guzmán (2014).

**Beneficencia:** Este principio nos indica el imperativo de hacer el bien a todos. Se identifican tres niveles: el nivel básico (debe hacer el bien al menos no causando mal). El nivel profesional (debe hacer el bien ayudando a solucionar determinadas necesidades humanas) .y el nivel universal (debe hacer el bien a toda la persona) .Coasaca et.al (2016)

**Principio de no maleficencia.** '*Primum non nocere*': Contenido en el Juramento Hipocrático, puede ser exigido de forma obligatoria. Si en cualquier situación o circunstancia no podemos hacer un bien debemos, al menos, no hacer un mal. Este principio prevalece cuando entra en conflicto con otros principios. Revista enfermería en cardiología (2013).

El presente estudio de investigación será en beneficio del personal quirúrgico, ya que a partir de los resultados obtenidos que serán presentados a la institución y servirán para reforzar a través de capacitaciones continuas sobre la adecuada aplicación de la LVCS

según la normatividad en beneficio de los pacientes que va a ser sometido a una intervención quirúrgica.

**Principio de justicia:**

En el presente estudio de investigación se aplicara de igual forma a todo el personal considerado en la investigación. No se discriminará a ningún participante.



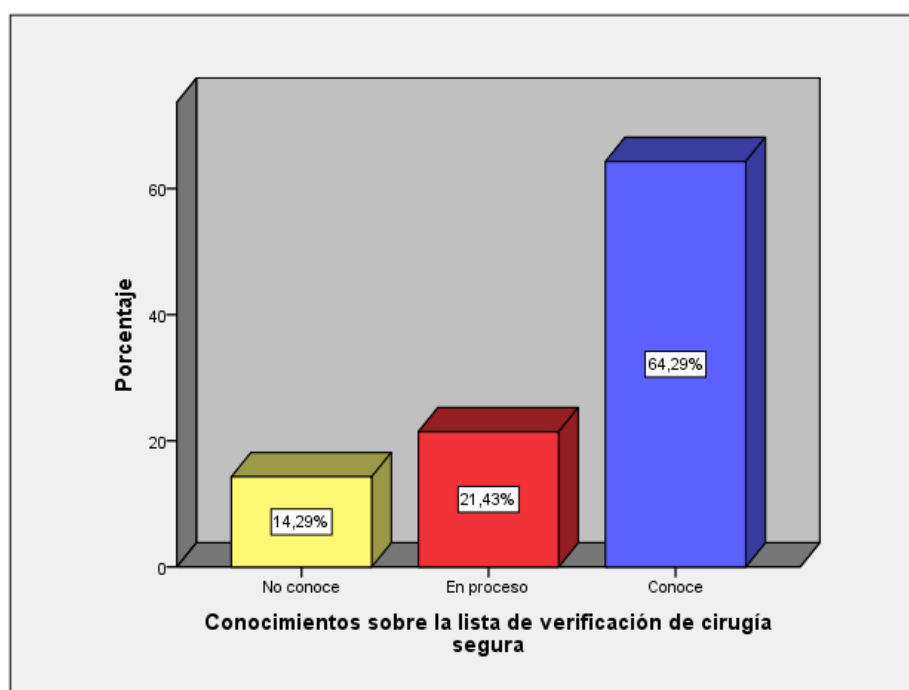
### **III.RESULTADOS**

### 3.1 Estadística Descriptiva

**Tabla 06.**

*Tabla de frecuencias de la variable conocimientos de la lista de verificación de cirugía segura*

Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	6	14,3	14,3	14,3
	En proceso	9	21,4	21,4	35,7
	Conoce	27	64,3	64,3	100,0
	Total	42	100,0	100,0	



*Figura 01 Grafica de barras de la variable conocimientos de la lista de verificación de cirugía segura*

#### **Interpretación:**

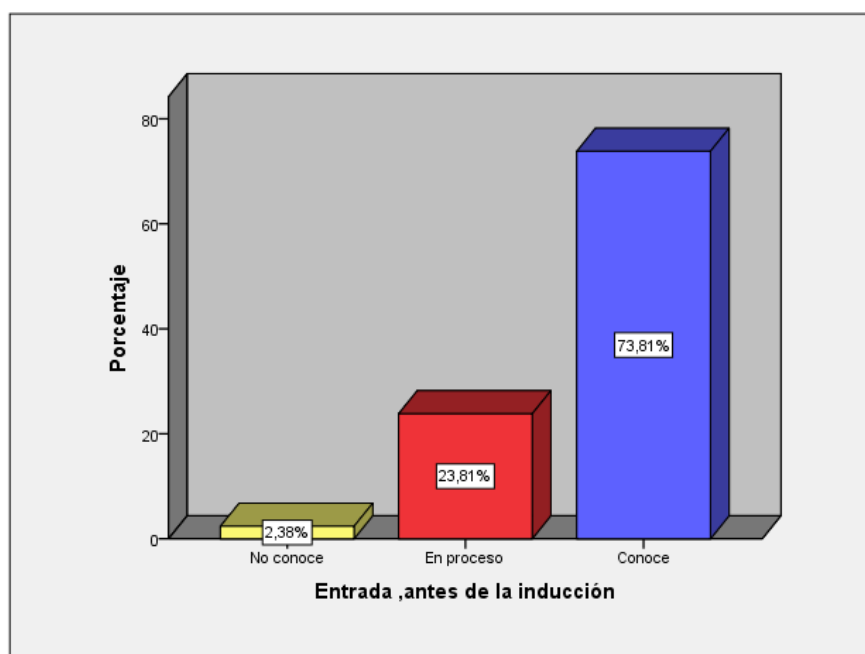
De la figura 1 y tabla 6, se observa que el 14, 29% no conoce la lista de verificación, el 21,43% de encuestados el conocimiento está en proceso, finalmente el 64, 29% tiene conocimiento de la lista de verificación, encontrándose el mayor porcentaje en el nivel de conocimiento.

**Tabla 07 .**

*Tabla de frecuencias de la dimension entrada , antes de la induccion anestesia*

**Entrada ,antes de la inducción**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	1	2,4	2,4	2,4
	En proceso	10	23,8	23,8	26,2
	Conoce	31	73,8	73,8	100,0
	Total	42	100,0	100,0	



*Figura 02 Grafica de barras de la dimensión Entrada antes de la inducción*

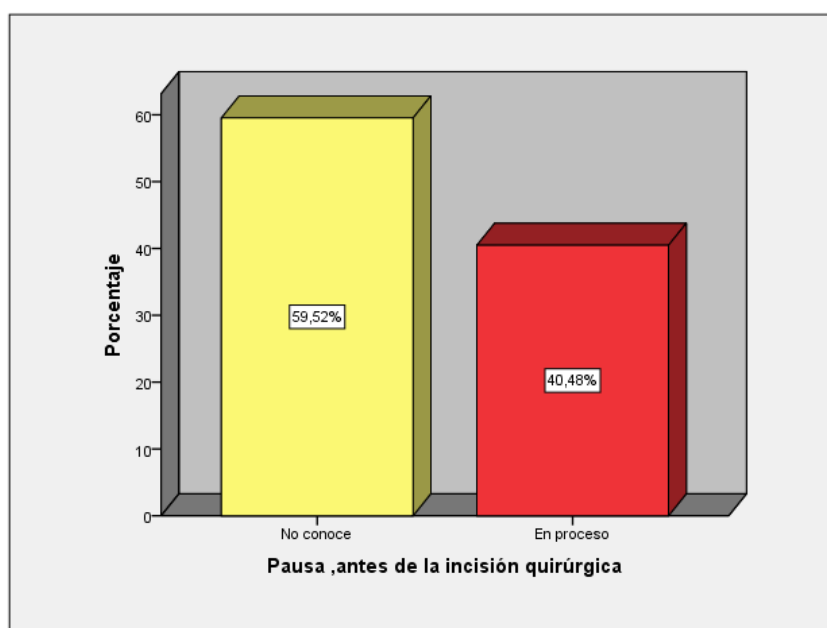
**Interpretación:**

De la figura 2 y tabla 7, se observa que el 2,38% no conoce la dimensión entrada de la lista de verificación, el 23,81% de encuestados manifestó que en la dimensión entrada está en proceso con un 23,81%, finalmente el 73,81% tiene conocimiento de la lista de verificación, encontrándose el mayor porcentaje en el nivel de conocimiento.

Tabla 08 .

*Tabla de frecuencias de la dimension Pausa, antes de la incisión quirúrgica*

Pausa ,antes de la incisión quirúrgica					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	25	59,5	59,5	59,5
	En proceso	17	40,5	40,5	100,0
	Total	42	100,0	100,0	



*Figura 03 Grafica de barras de la dimensión Pausa antes de la incisión quirúrgica*

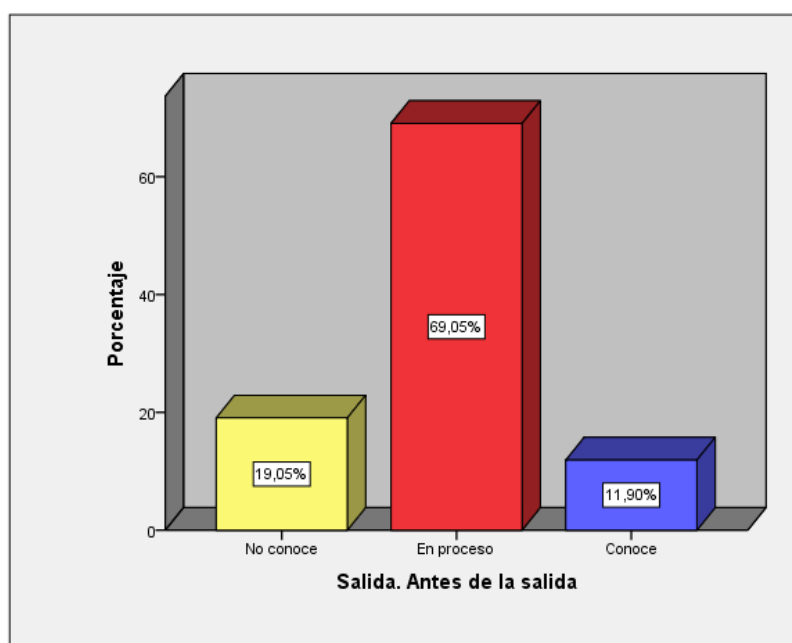
### **Interpretación:**

De la figura 3 y tabla 8, se observa que el 59,52% no conoce la dimensión pausa de la lista de verificación antes de la intervención quirúrgica, finalmente el 40,48% tiene conocimiento en proceso de la lista de verificación, encontrándose el mayor porcentaje en el nivel de no conocimiento.

Tabla 09.

*Tabla de frecuencias de la dimensión Salida. Antes de la salida del paciente*

Salida. Antes de la salida					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No conoce	8	19,0	19,0	19,0
	En proceso	29	69,0	69,0	88,1
	Conoce	5	11,9	11,9	100,0
	Total	42	100,0	100,0	



*Figura 04* Grafica de barras de la dimensión antes de la salida

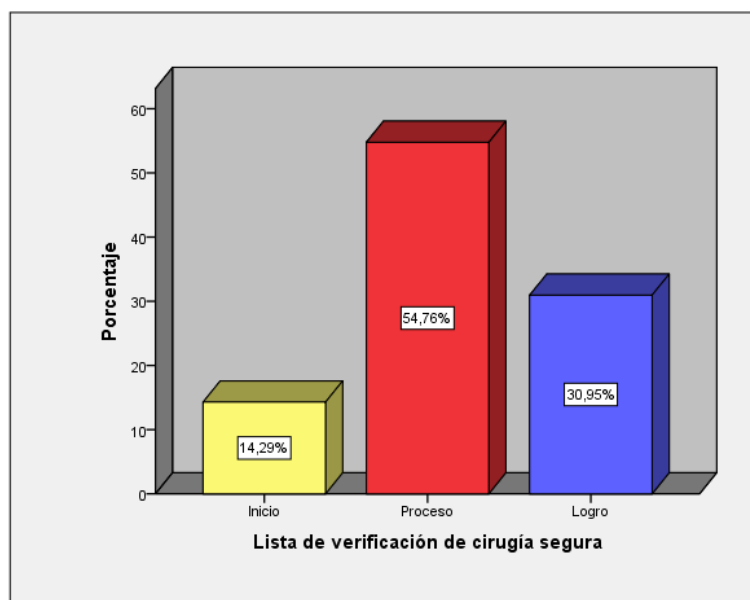
### **Interpretación:**

De la figura 4 y tabla 9, se observa que el 19.05% no conoce la dimensión salida de la lista de verificación antes de la intervención quirúrgica, el 69.05% está en proceso y el 11.09% conoce el tema de por lo que se deduce que el conocimiento de la salida, evidencia un gran porcentaje en proceso

Tabla 10.

*Tabla de frecuencias de la variable aplicación de la lista de verificación*

Lista de verificación de cirugía segura				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Inicio	6	14,3	14,3
	Proceso	23	54,8	54,8
	Logro	13	31,0	31,0
	Total	42	100,0	100,0



*Figura 05* Grafica de barras de la variable aplicación de la lista de verificación

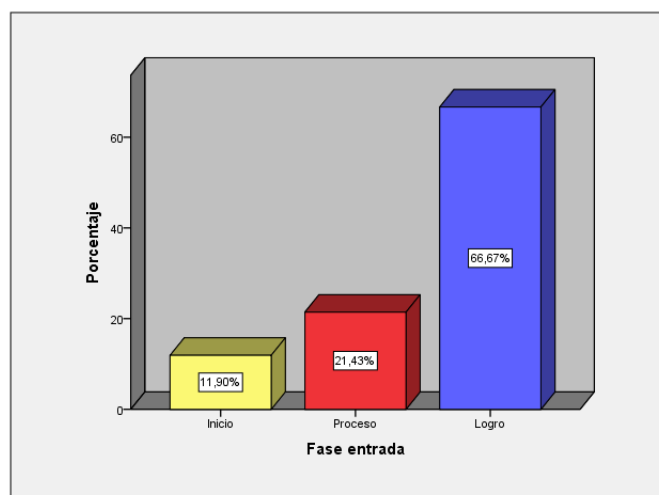
### **Interpretación:**

De la figura 5 y tabla 10, se observa que el 14,29% de los encuestados afirma que la aplicación de la lista está en inicio, el 54,76% afirma que la aplicación está en proceso, y el 30,95% consideran que el logro de la aplicación ha alcanzado el 30,95%, observándose que el mayor porcentaje está en proceso.

Tabla 11 .

*Tabla de frecuencias de la dimensión1, fase de entrada*

Fase entrada					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
				válido	acumulado
Válido	Inicio	5	11,9	11,9	11,9
	Proceso	9	21,4	21,4	33,3
	Logro	28	66,7	66,7	100,0
	Total	42	100,0	100,0	



*Figura 06 Grafica de barras de la dimensión fase de entrada*

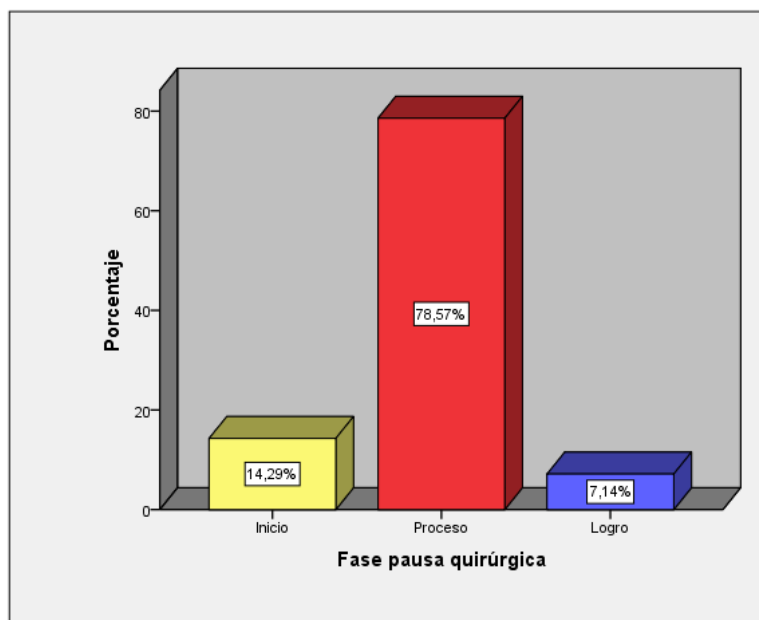
### **Interpretación:**

De la figura 6 y tabla 11, se observa que el 11,90% de los encuestados afirma que la aplicación de la lista en la fase de entrada está en inicio, el 21,43% está en proceso y el 66,67% afirma que la aplicación de la fase de entrada, el mayor porcentaje está en el nivel de logro.

Tabla 12 .

*Tabla de frecuencias de la dimensión 2, Fase pausa quirúrgica*

Fase pausa quirúrgica					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inicio	6	14,3	14,3	14,3
	Proceso	33	78,6	78,6	92,9
	Logro	3	7,1	7,1	100,0
	Total	42	100,0	100,0	



*Figura 07* Grafica de barras de la dimensión fase quirúrgica.

### Interpretación:

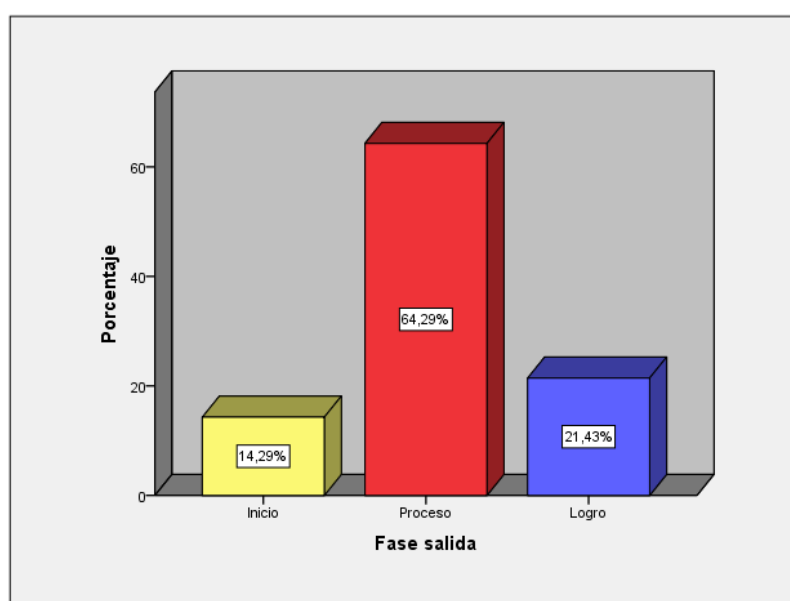
De la figura 7 y tabla 12, se observa que el 14,29% de los encuestados afirma que la aplicación de la lista en la fase pausa quirúrgica está en inicio, el 78,57% está en proceso y el 7,14%, firma que La aplicación de la fase pausa quirúrgica alcanzo el nivel de logro, con un el mayor porcentaje está en el nivel de proceso.



Tabla 13.

*Tabla de frecuencias de la dimensión 3, Fase de salida*

Fase salida					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
				válido	acumulado
Válido	Inicio	6	14,3	14,3	14,3
	Proceso	27	64,3	64,3	78,6
	Logro	9	21,4	21,4	100,0
	Total	42	100,0	100,0	



*Figura 08* Grafica de barras de la dimensión fase quirúrgica.

### Interpretación:

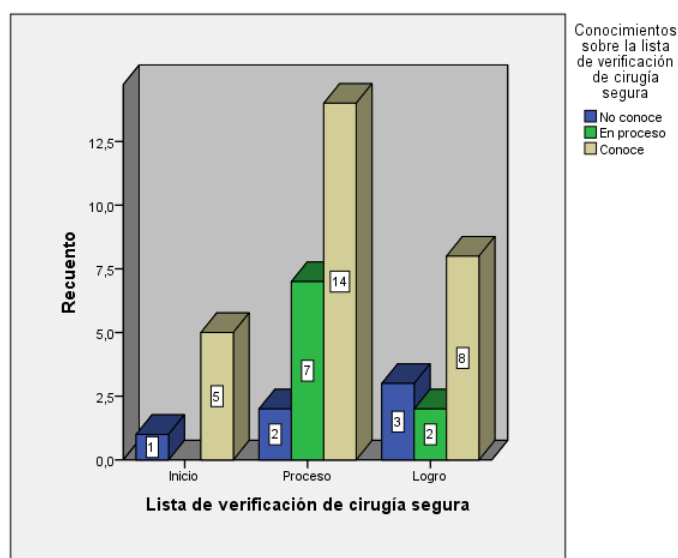
De la figura 7 y tabla 12, se observa que el 14,29% de los encuestados afirma que la aplicación de la lista en la fase de salida está en inicio, el 64,29% está en proceso y el 21,43%, firma que La aplicación de la fase pausa quirúrgica alcanzo el nivel de logro, con un el mayor porcentaje está en el nivel de proceso.

## Resultados descriptivos tablas cruzadas

Tabla 14.

*Tabla de frecuencias de la Lista de verificación de cirugía segura \*Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación tabulación cruzada*

		Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura				
		No conoce	En proceso	Conoce	Total	
Aplicación lista de verificación de cirugía segura	Inicio	Recuento	1	0	5	6
		% del total	2,4%	0,0%	11,9%	14,3%
	Proceso	Recuento	2	7	14	23
		% del total	4,8%	16,7%	33,3%	54,8%
	Logro	Recuento	3	2	8	13
		% del total	7,1%	4,8%	19,0%	31,0%
Total	Recuento	6	9	27	42	
	% del total	14,3%	21,4%	64,3%	100,0%	



*Figura 09* Grafica de barras de la Lista de verificación de cirugía segura \*Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura tabulación cruzada

### Interpretación.

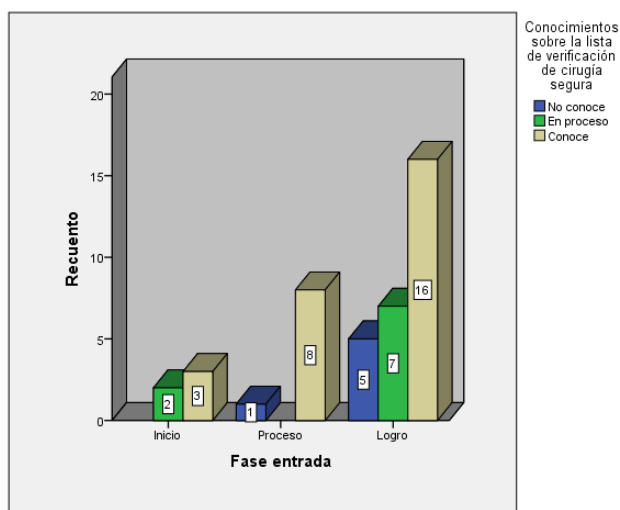
Según la tabla 14 y la figura 09 se observa que el 2,4% afirma no conocer la lista de verificación, por lo que su aplicación está en inicio, el 4, 8% su aplicación está en proceso y afirma no conocer la lista de verificación, solo el 7; 5% de los que no conocen han alcanzado el logro en la aplicación.

El 16,7% coincide que están en proceso ambas variables, el 4,8% que está en proceso alcanzo el nivel de logro y de los que conocen la lista de verificación en proceso, está en logro su aplicación, y de los que conocen la lista de verificación el 11,9% está en inicio su aplicación, el 33.3% está en proceso y el 19 % está en logro.

Tabla 15.

*Tabla de frecuencias de la Fase entrada \*Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación tabulación cruzada*

		Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura				
Fase entrada		No conoce	En proceso	Conoce	Total	
Aplicación	Inicio	Recuento	0	2	3	5
		% del total	0,0%	4,8%	7,1%	11,9%
	Proceso	Recuento	1	0	8	9
		% del total	2,4%	0,0%	19,0%	21,4%
	Logro	Recuento	5	7	16	28
		% del total	11,9%	16,7%	38,1%	66,7%
Total		Recuento	6	9	27	42
		% del total	14,3%	21,4%	64,3%	100,0%



**Figura 10** Grafica de barras de la Fase entrada \*Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura tabulación cruzada.

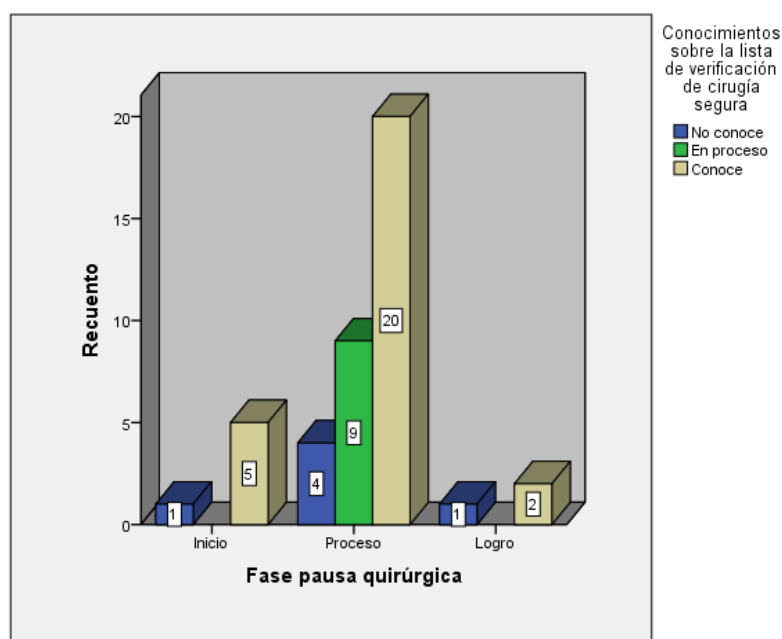
### Interpretación.

Según la tabla 15 y la figura 10 se observa que el 2,4% afirma no conocer la lista de verificación, por lo que su aplicación está en proceso, el 11,9% su aplicación está en logro y de los que afirman que su conocimiento está en proceso, alcanza el 4,8% en inicio; el 16,7% en logro, de los que afirman que conocen la lista de verificación se observa que el 7,1% está en inicio, el 19% en proceso y el 38,1% está en logro en la aplicación de la fase de entrada.

Tabla 16.

*Tabla de frecuencias de la Fase pausa quirúrgica\*Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación tabulación cruzada*

Fase pausa quirúrgica			Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía			Total
			segura			
			No conoce	En proceso	Conoce	
Aplicación	Inicio	Recuento	1	0	5	6
		% del total	2,4%	0,0%	11,9%	14,3%
	Proceso	Recuento	4	9	20	33
		% del total	9,5%	21,4%	47,6%	78,6%
	Logro	Recuento	1	0	2	3
		% del total	2,4%	0,0%	4,8%	7,1%
	Total	Recuento	6	9	27	42
		% del total	14,3%	21,4%	64,3%	100,0%



*Figura 11 Grafica de barras de la Fase pausa quirúrgica\*Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura tabulación cruzada*

### Interpretación.

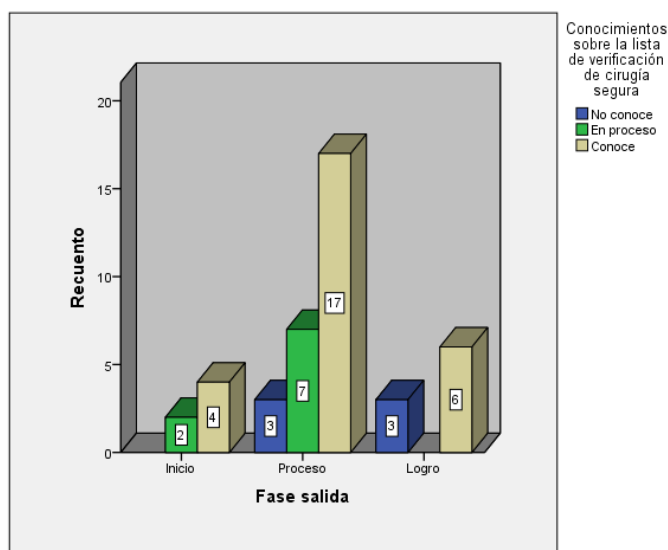
Según la tabla 16 y la figura 11 se observa que el 2,4% afirma no conocer la lista de verificación, por lo que su aplicación está en inicio, el 9,5% está en proceso y el 2,4% en logro de la aplicación; de los encuestados que el conocimiento está en proceso.

Su aplicación está en proceso, y de los que conocen la lista de verificación manifiestan que el 11,9% su aplicación es ta en inicio, el 47,6 está en proceso y el 4,8 en logro en la aplicación de la fase pausa quirúrgica.

Tabla 17.

*Tabla de frecuencias de la Fase salida\*Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura tabulación cruzada*

		Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura				
		No conoce	En proceso	Conoce	Total	
Aplicación	Inicio	Recuento	0	2	4	6
		% del total	0,0%	4,8%	9,5%	14,3%
	Proceso	Recuento	3	7	17	27
		% del total	7,1%	16,7%	40,5%	64,3%
	Logro	Recuento	3	0	6	9
		% del total	7,1%	0,0%	14,3%	21,4%
Total	Recuento	6	9	27	42	
	% del total	14,3%	21,4%	64,3%	100,0%	



*Figura 12* Grafica de barras de la Fase salida\*Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura tabulación cruzada

### Interpretación.

Según la figura 12 y la tabla 17, se evidencia que de los encuestados que no conocen la lista de verificación, el 7,1% la aplicación de la fase c de salida está en proceso, el 7,1% está en logro; de los encuestados que el conocimiento está en proceso el 9,5% su aplicación está en inicio, el 40,5% su aplicación de la fase de salida está en proceso y el 14,3% su aplicación alcanzo el nivel de logro.

### 3.2 Estadística Inferencial

#### Prueba de hipótesis general:

#### Formulación de la hipótesis

**H<sub>0</sub>:** No existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de cirugía Segura y su aplicación por el equipo quirúrgico de sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018.

**H<sub>a</sub>:** Existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el equipo quirúrgico de sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018.

#### Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

**Regla de decisión:** Si Sig. Bilateral < 0,05 entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 18.

*Tabla de frecuencias de Correlación entre las variables Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura y aplicación.*

Correlaciones				
			Conocimientos	Aplicación
Rho de Spearman	Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura	Coeficiente de	1,000	,418**
		correlación		
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	42	42
	Aplicación por el equipo quirúrgico de sala de operaciones.	Coeficiente de	,418**	1,000
		correlación		
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	42	42

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

#### Interpretación.

De la tabla de correlación número 18 se observa que existe una correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación del equipo quirúrgico de la sala de operaciones, dado que tiene un p valor de 0,000 .

El cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación moderada de 0,418 con un nivel de correlación moderada, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna



## Prueba de hipótesis específica 1

### Formulación de la hipótesis

**Ho:** No existe relación directa entre el conocimiento sobre la lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su fase entrada por el equipo quirúrgico de sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018.

**Ha:** Existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su fase entrada por el equipo quirúrgico de sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, año 2018.

### Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

**Regla de decisión:** Si Sig. Bilateral < 0,05 entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 19.

*Tabla de frecuencias de Correlación entre las variables Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura y aplicación fase entrada*

Correlaciones				
Fase entrada			Conocimientos	Aplicación
Rho de Spearman	Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura	Coeficiente de correlación	1,000	,587**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	42	42
	Aplicación de la fase de entrada	Coeficiente de correlación	,587**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	42	42

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### Interpretación.

De la tabla de correlación número 19 se observa que existe una correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación de la fase de entrada, dado que tiene un p valor de 0,000 el cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación de 0,587, lo que se interpreta como una correlación moderada entre variables de estudio, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna

## Prueba de hipótesis específica 2

### Formulación de la hipótesis

**Ho:** No existe relación directa entre el conocimiento sobre la lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su fase pausa quirúrgica por parte del equipo quirúrgico de sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018.

**Ha:** Existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su fase pausa quirúrgica por parte del equipo quirúrgico de sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018.

### Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

**Regla de decisión:** Si  $p < 05$  entonces se rechaza la hipótesis nula.

**Tabla 20.**

*Tabla de frecuencias de Correlación entre las variables Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura y aplicación fase pausa quirúrgica*

Correlaciones				
Fase Pausa quirúrgica			Conocimientos	Aplicación
Rho de Spearman	Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura	Coeficiente de correlación	1,000	,570**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	42	42
	Aplicación de la fase pausa	Coeficiente de correlación	,570**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	42	42

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### Interpretación.

De la tabla de correlación número 20 se observa que existe una correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación de la fase pausa quirúrgica, dado que tiene un p valor de 0,000 el cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación moderada de 0,570 con un nivel de correlación moderada, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna

### Prueba de hipótesis específica 3

#### Formulación de la hipótesis

**Ho:** No existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su fase salida por parte del equipo quirúrgico de sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, año 2018.

**Ha:** Existe relación directa entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su fase salida por parte del equipo quirúrgico de sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, año 2018.

#### Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

**Regla de decisión:** Si  $p < 05$  entonces se rechaza la hipótesis nula.

**Tabla 21.**

*Tabla de frecuencias de Correlación entre las variables Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura y aplicación fase pausa salida.*

Correlaciones				
Fase salida			Conocimientos	Aplicación
Rho de Spearman	Conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura	Coeficiente de correlación	1,000	,516**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	42	42
	Aplicación de la fase salida	Coeficiente de correlación	,516**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	42	42

\*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

#### Interpretación.

De la tabla de correlación número 21 se observa que existe una correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación en su fase salida, dado que tiene un p valor de 0,000 el cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación moderada de 0,516 con un nivel moderado, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

## **IV. DISCUSIÓN**

La actual investigación titulada conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación del equipo quirúrgico que labora en sala de operaciones 5 del hospital nacional “Arzobispo Loayza” 2018; la cual determina la relación entre ambas variables, está basada en un cuestionario sobre conocimientos y una guía de observación aplicados al personal profesional que conforma el equipo quirúrgico de sala de operaciones nro.5, y del cual se obtuvieron los siguiente resultados:

En relación a la hipótesis general, se comprueba que existe una correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación del equipo quirúrgico de la sala de operaciones, dado que  $p$  tiene un valor de 0,000. El cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación 0,418 lo que se interpreta como un grado de correlación moderada entre las variables en estudio ; este resultado encuentra similitudes con la investigación de Lázaro (2015) ,en la que refiere que si existe relación entre el conocimiento y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura

En relación a la hipótesis específica 01, los resultados encontrados en esta investigación nos afirma que existe una correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación de la fase de entrada, dado que  $p$  tiene un valor de 0,000 el cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación de 0,587 ,lo que se interpreta como un nivel de correlación moderada entre las variables de estudio ; este resultado encuentra coincidencias con la investigación de Lázaro (2015), en la que refiere que si existe relación entre el conocimiento y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

En relación a la hipótesis específica 02, los resultados encontrados en esta investigación se interpreta como una correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación de la fase de salida, dado que tiene un  $p$  valor de 0,000 el cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación de 0,570, lo que se interpreta como una correlación moderada entre las variables de estudio.

Estos resultados encuentran coincidencias con la investigación de Lázaro (2015), en la que refiere que si existe relación entre el conocimiento y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

Finalmente en relación a la hipótesis específica 03, los resultados encontrados en esta investigación nos demuestran que existe una correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación de la fase salida, dado que tiene un p valor de 0,000 el cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación Rho de Sperman de 0,516, la cual se interpreta como una correlación moderada entre las variables en estudio. Este resultado encuentra coincidencias con la investigación de Lázaro (2015), en la que refiere que si existe relación entre el conocimiento y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

No se dispone de otros estudios de investigación sobre conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura es por ello que la discusión solos se realiza con la autora Lázaro (2015)

## **V. CONCLUSIONES**

**Primera:** En relación a la hipótesis general, los resultados obtenidos permiten afirmar que existe relación moderada entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por parte del equipo quirúrgico de la sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, año 2018.

**Segunda:** En relación a la hipótesis específica uno los resultados obtenidos permiten afirmar que existe relación moderada entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su fase de entrada por parte del equipo quirúrgico de la sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, año 2018.

**Tercera:** En relación a la hipótesis específica dos los resultados obtenidos permiten afirmar que existe relación moderada entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su fase pausa quirúrgica por parte del equipo quirúrgico de la sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, año 2018.

**Cuarta:** En relación a la hipótesis específica tres los resultados obtenidos permiten afirmar que existe relación moderada entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su fase salida por parte del equipo quirúrgico de la sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, año 2018.

**Quinta:** Es importante recalcar, que son escasas las investigaciones sobre conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura dentro del ámbito de la salud.



## **VI. RECOMENDACIONES**

**Primera:** Debido que a nivel general se encontró una alta frecuencia con respecto a la aplicación de la Lista de verificación, el cual está en proceso recomendando a los profesionales que conforman el equipo quirúrgico llevar a cabo estudios de investigación en otras instituciones de salud, con la finalidad de contrastar resultados y a partir de ellos plantear medidas correctivas y establecer un criterio consensuado para la mejora de resultados en cuanto a la aplicación de la lista de verificación

**Segunda:** Debido a que se evidencio en los resultados una mediana frecuencia con respecto a la aplicación de la lista de verificación se recomienda promover el liderazgo en el equipo quirúrgico a través de la mejora en la comunicación y trabajo en equipo al momento de aplicar la 1era fase de la lista de verificación que es la entrada es decir que el equipo verifique puntos concretos que enmarca la lista de verificación, y al personal responsable fomentar la aplicación de la lista de verificación por medio de capacitaciones constantes al equipo quirúrgico y a través de supervisiones constantes .

**Tercera:** Debido a que se encontró en los resultados una alta frecuencia con respecto al conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura el cual nos detalla que está en proceso en su fase pausa quirúrgica se sugiere promover el liderazgo en el equipo quirúrgico a través de la mejora en la comunicación y trabajo en equipo al momento de aplicar la 2da fase de la lista de verificación que es la pausa quirúrgica es decir que el equipo se detenga momentos previos antes de realizar la incisión cutánea y ver puntos que enmarca la lista de verificación, ya que no está siendo aplicada correctamente

**Cuarta:** En razón a que se encontró **en los resultados una alta frecuencia con respecto al conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura el cual nos detalla que está en proceso en su fase de salida** ,se sugiere al equipo quirúrgico asumir el liderazgo, trabajar en forma coordinada y mejorar la comunicación al momento de aplicar el registro de Salida .Específicamente al que responde los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente, ya que no se efectúa la confirmación verbal debido a que en algunas ocasiones el cirujano se retira momentos antes del cierre del ultimo plano como es el cierre de la piel obviando aplicar correctamente la lista de verificación

**Quinta:** A los investigadores en temas de salud, se les exhorta estudiar y profundizar el tema de investigación, ya que son escasos en nuestro medio, siendo importante contar con bases estadísticas para una visión de futuro.

## **VII. REFERENCIAS**

Astudillo, J. & Espinoza, K. (2015), *Verificación de la aplicación del manual de cirugía segura de la organización mundial de la salud en el hospital Moreno Vázquez, Gualaceo, abril a septiembre, 2014*, tesis previa a la obtención del título de médico, Cuenca –Ecuador, recuperado, (Febrero 20 ,2018), disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23079/1/tesis.pdf>

Cerón (2016) *cuatro niveles de conocimiento en relación a la ciencia, ciencia Ergo-sum*, ISSN1405-0269, vol. 24-1, marzo-junio 2017. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México. Pp. 83-90.recuperado el día 20 de julio del 2018, disponible en:

<file:///C:/Users/liliana/Downloads/DialnetCuatroNivelesDeConocimientoEnRelacionALaCienciaUna-5888348.pdf>

Coasaca, N., Argota, G. Celi, L., Campos, R. & Méndez C. (2016), *Ética profesional y su concepción responsable para la investigación científica*, recuperado (Mayo 18, 2018) disponible en:

<http://www.usmp.edu.pe/campus/pdf/revista22/articulo7.pdf>

Cheesman (2010) *conceptos básicos en investigación*, recuperado el día 20 de julio del 2018, disponible en:

<https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>

Félix, M., Vicente, M., & De la Cruz, C. (2016). *Conocimiento e Implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México. Horizonte sanitario*, 15(3), 164-171, recuperado (Mayo 17, 2018), disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74592016000300164&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592016000300164&lng=es&tlng=es).

Guzmán, F. (2014). *Bioética, derechos humanos y la investigación en seres humanos. Opción*, 30 (73), 119-134.recuperado (Mayo 18,2018), disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/310/31035398005.pdf>

Hernández, S.; Fernández, C. y Baptista L. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.

Hernández, S.; Fernández, C. y Baptista L. (2010). *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGraw-Hill.

Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, L. (2010), *Metodología de la investigación*, México, Mc Graw Hill, 5ta edición, pág. 4,148 y 154.

Hernández, R.; Fernández, C.; & Baptista. L. (2014), *Metodología de la investigación*, México, Mc Graw Hill, 6ta edición libro digital en internet pág.105, recuperado el día 31 de mayo del 2018, disponible en:

<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Hernández, R.; Zapata, N.; & Mendoza, C.( 2017), *Metodología de la investigación para bachillerato*, en internet ,acceso ( Julio 30 ,2018) ,disponible en :

[https://www.esup.edu.pe/descargas/valotario\\_coem/2017/1%20Hernandez-Zapata%20y%20Mendoza-Metodologia%20Investigacion.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/valotario_coem/2017/1%20Hernandez-Zapata%20y%20Mendoza-Metodologia%20Investigacion.pdf)

Irigoin, L. & Lozada, Y. (2017), *conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico de sala de operaciones*. Hospital regional docente las Mercedes. Chiclayo, 2017, tesis para optar el título de especialista en: centro quirúrgico, acceso (Junio 30 ,2018), disponible en:

<http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/1962/BC-TES-TMP-817.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lázaro, R (2017), *conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en relación a su aplicación por el profesional de enfermería del centro quirúrgico de la clínica Limatambo*, tesis para optar el título de segunda especialidad en enfermería en centro quirúrgico, acceso (Febrero 19 ,2018 ), disponible en :

<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1929>

Marroquín R. (2013), *Confiabilidad y Validez de Instrumentos de investigación*, acceso el 31 de julio del 2018, recuperado de:

<http://www.une.edu.pe/Titulacion/2013/exposicion/SESSION-4Confiabilidad%20y%20Validez%20de%20Instrumentos%20de%20investigacion.pdf>

Martínez H Y Benítez L (2016), *Metodología de la investigación social*, libros digitales pag.13, acceso (Mayo 23 ,2018) , disponible en:

[http://dgep.uas.edu.mx/librosdigitales/3er\\_SEMESTRE/26\\_Metodologia\\_de\\_la\\_investigacion\\_social\\_I.pdf](http://dgep.uas.edu.mx/librosdigitales/3er_SEMESTRE/26_Metodologia_de_la_investigacion_social_I.pdf)

Minsa, (2010), Campaña por la Calidad de la atención y seguridad del paciente “*Cirugía Segura Salva Vidas*”, acceso (Marzo 12, 2018), disponible en:

[http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad\\_salud/archivos/cirugia\\_segura.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad_salud/archivos/cirugia_segura.pdf)

Ministerio de salud, *Manual de instrucciones para el uso de la lista de chequeo de cirugía segura*, (2009), acceso (Mayo 30,2018) , disponible en:

[https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/dia\\_mundial\\_salud/archivos/otros/Manual\\_Uso\\_Lista\\_Chequeo\\_CirugiaSegura.pdf](https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/dia_mundial_salud/archivos/otros/Manual_Uso_Lista_Chequeo_CirugiaSegura.pdf)

Minsa (2010) Campaña por la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente “*Cirugía Segura Salva Vidas*”, acceso (Mayo 29,2018 disponible en:

[http://www.minsa.gob.pe/calidad/observatorio/documentos/seg\\_pac/Cirugia\\_Segura.pdf](http://www.minsa.gob.pe/calidad/observatorio/documentos/seg_pac/Cirugia_Segura.pdf)

Minsa, (2016), *Documento Técnico lineamientos para la Vigilancia, Prevención, y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud*, acceso (Mayo 30,2018), disponible en:

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3802.pdf>

Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad de España (2016), *Programa de cirugía segura del sistema nacional de salud*, acceso (Marzo 12, 2018, disponible en:

<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/seguridad-bloque-quirurgico/Protocolo-Proyecto-Cirugia-Segura.pdf>

Moreta D, (2015), *Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa*, acceso (Febrero 20,2018 ), disponible en:

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UCE-0006-131.pdf>

Organización mundial de la salud, *Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009, la cirugía segura salva vidas*, acceso (Mayo 28 ,2018) disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598\\_spa.pdf;jsessionid=A557ED66F661A5A7BD98F30897330132?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf;jsessionid=A557ED66F661A5A7BD98F30897330132?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud (2008) *lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía*, acceso (Marzo 12,18) , disponible en:

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.05\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud, (2008), *lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación*, acceso (Mayo 29, 2018), disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70083/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.05\\_spa.pdf;sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70083/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf;sequence=1)

Real academia española (2018) *Diccionario de lengua española, significado de la palabra aplicación*, acceso (Mayo 18, 2018), disponible en:

<http://dle.rae.es/?id=3CdJxNg>

Real academia española (2018) *diccionario de lengua española, significado de la palabra aplicar*, acceso (Mayo 20, 2018), disponible en:

<http://dle.rae.es/?id=3CjZzQU>

Revista Enfermería en Cardiología N.º 58-59 / 1y 2.(2013) *Aplicación de los principios éticos a la metodología de la investigación*, acceso el día 19 de mayo del 2018 ,disponible en :

[https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/58\\_59\\_02.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/58_59_02.pdf)

Rodríguez, H.,(2015) *Descripción de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en el servicio de cirugía del hospital privado de Córdoba -Argentina durante el periodo de agosto 2014-diciembre 2015* ,tesis de grado ,acceso (Mayo 29, 2018), disponible en :

[http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/rodriguez\\_heidi\\_veronica.pdf](http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/rodriguez_heidi_veronica.pdf)



Rodríguez Jiménez, A., & Pérez Jacinto, A. (2017). *Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento*. Revista Escuela de Administración de Negocios, (82), 1-26. Acceso (Julio 30, 2018), disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/206/20652069006.pdf>

Sánchez, A., et al, (2016) *Listado de verificación quirúrgica: buscando la implicación de profesionales y pacientes, en revista de actualidad médica*, acceso (Marzo 4, 2018), disponible en:

<http://www.actualidadmedica.es/archivo/2016/798/or03.html>

Sescam (2013), *Manual de instrucciones para el uso del listado de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS*, acceso (Julio 30,2018), disponible en:

[http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/cursos/manual\\_de\\_uso\\_listado\\_verificacion\\_quirurgica-jun13.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/cursos/manual_de_uso_listado_verificacion_quirurgica-jun13.pdf)

Solor , A (2015) ,*El Check List como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico*, Revista cubana de Anestesiología y reanimación vol.14 no.1 ,acceso (Febrero 20, 2018), ,disponible en :

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-67182015000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182015000100006)

Torres, A. (2016), *Cumplimiento de lista de verificación de cirugía segura en el Servicio del centro quirúrgico del hospital Daniel Alcides Carrión - Huancayo*, agosto 2016, tesis para optar el título de especialista en centros quirúrgicos, recuperado (Febrero 21, 2018) disponible en

<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2888>

**VIII.ANEXOS**

**Anexo 1.MATRIZ DE CONSISTÊNCIA**

**Título:** *Conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el equipo quirúrgico del hospital Arzobispo Loayza, 2018.*

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
<b>Problema general:</b> ¿Qué relación existe entre el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el equipo quirúrgico de SOP 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018?	<b>Objetivo general:</b> Determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por el equipo quirúrgico de SOP 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018.	<b>Hipótesis general:</b> Existe relación entre el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por parte del equipo quirúrgico de SOP 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018.	Variable 1: conocimientos			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
			Fase1: Entrada	Lista de verificación Objetivo Aplicación Fases Medicamento profiláctico	1 2 3 4 5	Si conoce ( 7-10 )  En proceso (4-6)
			Fase 2: Pausa	Presentación. Profilaxis antibiótica	6 7	No conoce (1-3)
<b>Problemas específicos</b>  ¿Qué relación existe entre el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su Fase entrada, por el equipo quirúrgico de SOP 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018?	<b>Objetivo específicos</b>  Determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su Fase entrada, por el equipo quirúrgico de SOP 5del hospital Arzobispo Loayza, 2018.	<b>Hipótesis específicos</b>  Existe relación entre el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su fase entrada, por el equipo l quirúrgico de SOP 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018.	Fase3 :Salida	Etiquetado de la muestra Conteo de gasas Responsables Inconveniente	8 9 10	<b>Técnica e Instrumento:</b> Encuesta Cuestionario
¿Qué relación existe entre el conocimiento de	Determinar la relación que existe entre el	Existe relación entre el conocimiento de la Lista				

la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su Fase pausa quirúrgica, por el equipo quirúrgico del hospital Arzobispo Loayza, 2018?	conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su fase pausa quirúrgica, por el equipo quirúrgico de SOP 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018	de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su fase pausa quirúrgica, por el equipo 1 quirúrgico de SOP 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018.	Variable 2: aplicación			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
			Fase1: Entrada	Confirma identidad del paciente Marca sitio quirúrgico Verifica anestesia Pulsioxímetro funcionando Alergias conocidas Vía aérea Riesgo de hemorragia	1,2,3, 4,5 6,7,	Inicio  Proceso  Logro
¿Qué relación existe entre el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su Fase de salida, por el equipo quirúrgico de SOP 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018?	Determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su Fase de salida, por el equipo quirúrgico de SOP 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018.	Existe relación entre el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su fase de salida, por el equipo 1 quirúrgico de SOP 5 del hospital Arzobispo Loayza, 2018.	Fase 2: Pausa	Presentación del equipo quirúrgico. identidad ,sitio, procedimiento protocolo de asepsia quirúrgica profilaxis antibiótica pasos críticos o inesperados problema del paciente esterilidad con indicadores imágenes diagnósticas	8,9,10 11,12, 13,14, 15	<b>Técnica e Instrumento</b> : Observación Guía de observación.

			Fase 3: Salida	Recuenta instrumental y gasas . Etiquetado de las muestras problemas con el instrumental Aspectos críticos	16,17, 18,19	
--	--	--	-------------------	---	-----------------	--

**Anexo B. Matriz de Operacionalización de la variable conocimientos sobre la lista de verificación de cirugía segura**

Variable	Def. Conceptual	Def. Operational	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala y valores	Niveles y rangos
Conocimiento	Moreta (2015), es el conocimiento referente a los conceptos básicos que se manejan en cada una de sus tres fases que contiene la lista de verificación es decir entrada, pausa y salida.	Las fases de la Lista de Entrada ,antes de la verificación de cirugía segura son 3 OMS (2009) son: Entrada Antes de la inducción Pausa Antes de la incisión quirúrgica Salida Antes de la salida del paciente.	Inducción     Pausa ,antes de la incisión quirúrgica   Salida. Antes de la salida	Lista de verificación Objetivo Aplicación Fases Medicamento profiláctico Presentación. Profilaxis antibiótica  Etiquetado de la muestra Conteo de gasas  Responsables Inconveniente	1, 2, 3, 4, 5     6,7.  8,9,10	verdadero (1)  falso (0)	Si conoce ( 7-10 )  En proceso (4-6)  No conoce (1-3)

*Anexo C Matriz de Operacionalización de la variable aplicación sobre la lista de verificación de cirugía segura*

Variable	Def. Conceptual	Def. Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles y rangos
Aplicacion	Real academia (2017) “Emplear, administrar o poner en práctica un conocimiento, medida o principio, a fin de obtener un determinado efecto o rendimiento en alguien o algo”.	Según la OMS (2009), hay que aplicarla en sus tres fases que son: fase entrada, fase pausa quirúrgica y fase salida.	Fase entrada	Confirma identidad, Realiza demarcación del sitio quirúrgico Verifica aparatos de anestesia pulsioxímetro funcionando alergias conocidas vía aérea accesible, riesgo de aspiración ,riesgo de hemorragia > 500 ml	1,2,3,4,5,6, 7,	Si (1)    No (0)	Inicio    Proceso    Logro
			Fase pausa quirúrgica	Confirma que el equipo se presente por su nombre y función. Confirma la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento mencionado por el equipo quirúrgico.	8,9,10,11, 12,13,14, 15		

---

Fase salida	<p>Todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.</p> <p>Verifica si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.</p> <p>Verifica pasos críticos o inesperados, duración de la operación, pérdida de sangre prevista</p> <p>Verifica confirmación de anestesiólogo: Presenta el paciente algún problema específico.</p> <p>Verifica la esterilidad (con resultados de los indicadores),</p> <p>Se visualizaran imágenes diagnósticas esenciales (si procede)</p> <p>Confirma nombre del procedimiento, el recuento de 16,17,18,</p>
-------------	---

---



---

instrumentos, gasas y agujas. 19.

Confirma el etiquetado de las  
muestras

Confirma si hay problemas que  
resolver relacionados con el  
instrumental y los equipos

Confirma si el Cirujano, el  
anestesista y el enfermero  
instrumentista los aspectos  
críticos de la recuperación y  
tratamiento de paciente

---

## **Anexo D .INSTRUMENTO DE LA V1- CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS**

Luego de haber revisado los objetivos de este estudio, doy el consentimiento que se utilice la información proporcionada por mi persona para tal fin. Recuerde esta encuesta es anónima

**Edad:** \_\_\_\_\_

Género: Mujer ( ) Hombre ( )

**Años de experiencia profesional en el área quirúrgica:**

- De 5 a 10 años ( )
- De 11 a 20 años ( )
- Más de 20 años ( )

**Turno laboral:**

- Mañana ( )
- Tarde ( )
- Noche ( )
- Rotativo ( )

**Nivel de estudios universitarios:**

- Diplomado ( )
- Segunda especialidad ( )
- Maestría ( )
- Doctorado ( )

**1. ¿A qué se refiere la Lista de Verificación de Cirugía Segura?**

- (a) Es una lista que toma en cuenta los antecedentes quirúrgicos y personales del paciente y pone énfasis en el ayuno.
- (b) Es una lista que divide el acto quirúrgico-anestésico en 3 momentos: antes de la inducción, antes de la incisión y antes de salir del quirófano.
- (c) Es una escala para medir el cumplimiento de las normas de bioseguridad
- (d) todas son correctas

**2.-¿Mencione según su consideración cual es objetivo principal de la Lista de Verificación de Cirugía Segura?**

- (a) Disminuir la morbi-mortalidad asociada al acto quirúrgico anestésico.
- (b) Aumentar la tasa de productividad del quirófano.
- (c) Disminuir el número de infecciones en el sitio quirúrgico.
- (d) Mejorar la relación médico paciente.

**3.- ¿Quién es el coordinador responsable de la aplicación y registro de la Lista de verificación de cirugía segura dentro de la cirugía?**

- (a) Enfermero (a).
- (b) Anestesiólogo (a).
- (c) Cirujano (a)
- d) Cualquiera puede realizarlo.

**4.- ¿Mencione cuáles son las fases de la lista de verificación de cirugía segura?**

- a) preoperatorio, pausa quirúrgica
- b) Antes de la inducción de la anestesia, antes de la incisión quirúrgica y antes de la salida del paciente del quirófano.
- c) Antes de la recuperación y posoperatorio
- d) Intraoperatorio y antes de la salida del paciente

**5.- ¿Quién es el profesional encargado de administrar el medicamento profiláctico?**

- a) Anestesiólogo
- b) Cirujano
- c) Enfermera circulante
- d) enfermera Instrumentista

**6.- ¿Cómo se denomina el periodo que se toma el equipo quirúrgico antes de realizarse la incisión y donde se confirma los controles de seguridad esenciales?.**

- (a) Barrera de seguridad.
- (b) Estrategia de anestesia segura.
- (c) Estrategia de profesionales seguros.
- (d) Pausa quirúrgica.

**7.- ¿Mencione quién es el profesional encargado del etiquetado y registro de las muestras?**

- a) Anestesiólogo
- b) Cirujano
- c) Enfermera circulante
- d) enfermera Instrumentista

**8.- ¿En qué fase de la lista de verificación de cirugía segura se realiza el conteo de gasas, agujas e instrumental quirúrgico?**

- (a) Fase entrada

(b) Fase pausa quirúrgica

(c) Fase salida

(d) Ninguna de ellas

**9.- ¿Quiénes son Los responsables de firmar la hoja de la lista de verificación de cirugía segura?**

a) Cirujano, anestesiólogo y Enf. Circulante

b) Cirujano, anestesiólogo y Enf. Instrumentista

c) Anestesiólogo, residente de cirugía y cirujano principal

d) ninguno de ellos

**10.-Cuál considera que es el principal inconveniente de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en la institución?**

a) Falta de conocimiento de su importancia

b) Falta de tiempo para realizarlo

c) Falta de unidad en el equipo quirúrgico

d) Falta de material para realizarlo

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

La presente guía de observación tiene como objetivo comprobar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura por parte del equipo quirúrgico de centros quirúrgicos. Agradezco su colaboración

- Más de 20 años ( )

Marque con una (x) la respuesta observada sobre la aplicación de la lista de verificación por parte del equipo quirúrgico, correcto “sí” e incorrecto “no”

NO

7 Confirma si paciente tiene riesgo de hemorragia > 500 ml en adultos y 7 ml/kg en niños.

15 Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales (si procede)

19 Confirma si el Cirujano, el anestesista y el enfermero instrumentista los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento de paciente

[illegible]

## Anexo F: Artículo científico

### Conocimientos de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Loayza, 2018.

Lic. Liliana Lourdes Fuentes Huamán

Email: [angellyjasmin@hotmail.com](mailto:angellyjasmin@hotmail.com)

Hospital Nacional Arzobispo Loayza

#### Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo: determinar la relación. Determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por parte del equipo quirúrgico de sala de operaciones del hospital Arzobispo Loayza, 2018.

El método que se utilizó fue hipotético deductivo con un enfoque cuantitativo, de tipo aplicada que tiene un diseño no experimental, de corte transversal con un nivel de investigación descriptivo correlacional. Para tal efecto, se trabajó con una población de 42 profesionales que forman parte del equipo quirúrgico. Los instrumentos de investigación fueron un cuestionario para medir el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura, y una guía de observación para obtener información sobre la aplicación de la Lista de verificación, generando así una base de datos en el software SPSS, para su respectivo análisis estadístico de datos.

La investigación llegó a la conclusión general, que existe correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación del equipo quirúrgico de la sala de operaciones, dado que tiene un p valor de 0,000 el cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación Rho de Spearman moderada de 0,418 lo que se interpreta como una relación moderada entre las variables de estudio.

**Palabras claves:** conocimiento, aplicación, equipo quirúrgico, correlación.

#### Abstract

The objective of the present investigation was to determine the relationship. Determine the relationship between knowledge about the Safe Surgery Verification Checklist and its application by the operating room surgical team of the Arzobispo Loayza Hospital, 2018.

The method that was used was hypothetical deductive with a quantitative approach, of applied type that has a non-experimental, cross-sectional design with a level of correlational descriptive research. For this purpose, we worked with a population of 42 professionals who are part of the surgical team. The research instruments were a questionnaire to measure knowledge about the Safe Surgery Verification Checklist, and an observation guide to obtain information about the application of the Checklist, thus generating a database in the SPSS software, for its respective statistical data analysis.

The investigation reached the general conclusion, that there is a significant correlation between the knowledge of the safe surgery checklist and its application of surgical equipment in the operating room, given that it has a p value of 0.000 which is lower than the level of significance of 0.05, reaching a degree of moderate Spearman's Rho correlation of 0.418, which is interpreted as a moderate relationship between the study variables.

**Keywords:** Knowledge, application, surgical team.

## Introducción

Solor (2015), La OMS elaboró un estudio piloto, entre el 2008 y 2009, el cual reveló que la implantación del *checklist* logro reducir un porcentaje de errores evitables de un 35,2 % a 24,3 %. Luego de los resultados hallados, la OMS elaboro la *Surgical Safety Checklist*, que es el listado de verificación de la seguridad quirúrgica, el cual ha orientado a lo largo de estos últimos años, a más de 3.900 hospitales de 122 países importante.

Félix, Vicente y De la Cruz (2016), La lista de verificación de cirugía segura constituye una herramienta diseñada por la OMS para lograr disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad peri operatoria; su conocimiento es de vital importancia para poder aplicarla.

En sala de operaciones 5 del Hospital Arzobispo Loayza se realizan un total de 2259 al año, que hacen un promedio de 8 cirugías diarias, debo mencionar que se observa situaciones al inicio, durante y al término de la cirugía que afirman y demuestran la falta de un adecuado conocimiento para la correcta aplicación de la lista de verificación de cirugía segura como lo informa la oficina de gestión de calidad en su informe nro. 021 del año 2016, específicamente en el momento de efectuar el registro de entrada al ítem **sobre la previsión de la hemorragia > a 500 mililitros**, ya que no se dispone aún del paquete globular y que este se hará efectivo en el transcurso de la cirugía ,otro momento que no está siendo aplicado es al efectuar **la pausa quirúrgica**, **es decir el equipo quirúrgico no se detiene momentos antes de realizar la incisión cutánea** , también se ha observado que el equipo quirúrgico no aplica adecuadamente el registro de Salida en el ítem que responde a la pregunta si el (la) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan: **Cuáles serán los puntos fundamentales acerca de la recuperación y terapia del paciente** ,ya que no se efectúa la confirmación verbal porque que en algunas ocasiones el cirujano se retira momentos antes del cierre del ultimo plano como es el cierre de la piel y se obvia este ítem.

## Por ello mi preocupación en demostrar y determinar;

¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico que labora en sala de operaciones nro. 5 del hospital nacional Arzobispo Loayza ,2018?

Lázaro (2017) en su investigación titulada *conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en relación a su aplicación por parte del profesional de enfermería de centros quirúrgicos de la clínica Limatambo*.

El estudio es de nivel descriptivo correlacional, diseño no experimental de corte transversal con una conformada por 40 enfermeras, Los instrumentos de investigación empleados consistieron en un cuestionario el cuál sirvió para valorar el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura, y una encuesta para recolectar información acerca de la aplicación de la lista.

La investigación llegó a la conclusión general existe relación entre el conocimiento y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura; puesto que el nivel de significancia calculada es  $p < 0.01$  y el coeficiente de correlación Pearson tiene un valor de 0,468\*\*,que indica alta significatividad .

## Definición de conocimiento

Martínez y Benítez (2016), el conocimiento: es el resultado final de un vínculo dialéctico, que es permanente y obligatorio entre el interior cognoscitivo y racional en los seres naturales y del mundo exterior sideral y temporal en los que se desenvuelven.

Dimensiones: fase entrada, fase pausa quirúrgica, fase salida.

### **Definición de aplicación.**

Rae (2017) define aplicación como el hecho de usar, aplicar o poner en práctica un conocimiento o principio, a fin de obtener un determinado efecto en alguien o en algo.

OMS (2009), dentro de su Manual de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura nos hace referencia de cómo aplicar el Listado de verificación de cirugía segura en sus tres fases.

Minsa (2009), La Lista de Chequeo divide la intervención en tres fases, cada una de las cuales se corresponde con un periodo de tiempo específico del flujo normal del procedimiento;

#### **1era Fase entrada: El periodo previo a la inducción anestésica**

Antes de la inducción anestésica, el coordinador de la Lista de verificación repasará verbalmente con el paciente (cuando sea posible) que se ha confirmado su identidad, la localización de la cirugía y el procedimiento a realizar, y también que se ha obtenido el consentimiento informado para la intervención. El coordinador confirmará visualmente que el sitio de la intervención ha sido marcado (si procede), y repasará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia del paciente, la posible dificultad en la vía aérea, y las alergias, así como si se ha completado o no la revisión del total de controles de seguridad de la anestesia.

#### **El periodo después de la inducción y antes de la incisión quirúrgica**

El equipo realizará una pausa inmediatamente antes de la incisión de la piel para confirmar en voz alta que se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos y que están a la vista las imágenes esenciales, si procede. El cirujano, el anestesista y la enfermera circulante repasarán verbalmente a continuación los aspectos críticos del plan previsto para la intervención, utilizando las preguntas de la Lista de Chequeo como guía.

### **El periodo durante o inmediatamente después de cerrar la herida.**

El cirujano, el anestesista y la enfermera circulante repasarán cada uno en voz alta, los incidentes críticos de la intervención y el plan para un postoperatorio seguro, antes de terminar la intervención y retirar los paños estériles. El cirujano confirmará el procedimiento realizado, el anestesista el plan de recuperación y la enfermera la identificación de las muestras biológicas, y el recuento de gasas e instrumental.

### **Metodología**

El método de investigación fue hipotético deductivo con enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, con diseño no experimental, de corte transversal, con un nivel de investigación descriptivo correlacional debido a que se describe la dinámica de cada una de las variables de estudio. Posteriormente, se va medir el grado de relación de las variables conocimiento sobre la lista de verificación y su aplicación. Para tal efecto se trabajó con una población de 42 profesionales que conforman el equipo quirúrgico de sala de operaciones. Los instrumentos de investigación empleados son un cuestionario para medir el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura, y una guía de observación para obtener información sobre la aplicación de la Lista de verificación. Las técnicas utilizadas fueron la encuesta y la observación, los cuales generaron una base de datos en el software SPSS 24, para su análisis estadístico de datos.

Para la prueba de las hipótesis se aplicó el coeficiente Rho de Spearman, ya que el propósito fue determinar la relación entre las dos variables a un nivel de confianza del 95% y significancia del 5%.



## Resultados

### Estadística Descriptiva e Inferencial

De los 42 encuestados, se observa que el 14, 29% no conoce la lista de verificación, el 21,43% de encuestados el conocimiento está en proceso, finalmente el 64, 29% tiene conocimiento de la lista de verificación, encontrándose el mayor porcentaje en el nivel de conocimiento. También se evidencia que el 14,29% de los encuestados afirma que la aplicación de la lista está en inicio, el 54,76% afirma que la aplicación está en proceso, y el 30,95% consideran que el logro de la aplicación ha alcanzado el 30, 95%, observándose que el mayor porcentaje está en proceso.

### Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

En relación a la hipótesis general, se comprueba que existe una correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación del equipo quirúrgico de la sala de operaciones, dado que tiene un p valor de 0,000. El cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación 0,418 lo que se interpreta como un grado de correlación moderada entre las variables en estudio

En relación a la hipótesis específica 01, los resultados encontrados en esta investigación nos afirma que existe una correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación de la fase de entrada, dado que tiene un p valor de 0,000 el cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación de 0,587, lo que se interpreta como un nivel de correlación moderada entre las variables de estudio.

En relación a la hipótesis específica 02, los resultados encontrados en esta investigación se interpreta como una correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación de la fase de salida, dado que tiene un p valor de 0,000 el cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación de 0,570, lo que se interpreta como una correlación moderada entre las variables de estudio.

Finalmente en relación a la hipótesis específica 03, los resultados encontrados en esta investigación nos demuestran que existe una correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación de la fase de salida, dado que tiene un p valor de 0,000 el cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación Rho de Spearman de 0,516, la cual se interpreta como una correlación moderada entre las variables en estudio.

### Discusión

En relación a la hipótesis general, se comprueba que existe una correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación del equipo quirúrgico de la sala de operaciones, dado que tiene un p valor de 0,000. El cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación 0,418 lo que se interpreta como un grado de correlación moderada entre las variables en estudio ; este resultado encuentra similitudes con la investigación de Lázaro (2015), en la que refiere que si existe relación entre el conocimiento y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, puesto que el nivel de significancia calculada es  $p < 0.01$  y el coeficiente de correlación Pearson tiene un valor de 0,468\*\*, que indica alta significatividad.

En relación a la hipótesis específica 01, los resultados encontrados en esta investigación nos afirma que existe una correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación de la fase de entrada, dado que tiene un p valor de 0,000 el cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación de 0,587, lo que se interpreta como un nivel de correlación moderada entre las variables de estudio; este resultado encuentra coincidencias con la investigación de Lázaro (2015), en la que refiere que si existe relación entre el conocimiento y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

En relación a la hipótesis específica 02, los resultados encontrados en esta investigación se interpreta como una correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación de la fase de salida, dado que tiene un p valor de 0,000 el cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación de 0,570, lo que se interpreta como una correlación moderada entre las variables de estudio, estos resultados encuentran coincidencias con la investigación de Lázaro (2015), en la que refiere que si existe relación entre el conocimiento y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

Finalmente en relación a la hipótesis específica 03, los resultados encontrados en esta investigación nos demuestran que existe una correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la aplicación de la fase salida, dado que tiene un p valor de 0,000 el cual es menor que el nivel de significancia de 0,05, alcanzando un grado de correlación Rho de Sperman de 0,516, la cual se interpreta como una correlación moderada entre las variables en estudio. Este resultado encuentra coincidencias con la investigación de Lázaro (2015), en la que refiere que si existe relación

entre el conocimiento y la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

No se dispone de otros estudios de investigación sobre conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura es por ello que la discusión solos se realiza con la autora Lázaro (2015)

## Conclusiones

Primera; En relación a la hipótesis general, los resultados obtenidos permiten afirmar que existe relación moderada entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación por parte del equipo quirúrgico de la sala de operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, año 2018.

Segunda; En relación a la hipótesis específica uno los resultados obtenidos permiten afirmar que existe relación moderada entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su fase de entrada por parte del equipo quirúrgico de la sala de 4 operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, año 2018.

Tercera; En relación a la hipótesis específica dos los resultados obtenidos permiten afirmar que existe relación moderada entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su fase pausa quirúrgica por parte del equipo quirúrgico de la sala de 4 operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, año 2018

Cuarta; En relación a la hipótesis específica tres los resultados obtenidos permiten afirmar que existe relación moderada entre el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y su aplicación en su fase salida por parte del equipo quirúrgico de la sala de 4 operaciones 5 del hospital Arzobispo Loayza, año 2018.

## Recomendaciones

Debido que a nivel general se encontró una alta frecuencia con respecto a la aplicación de la Lista de verificación, el cual está en proceso recomendando a los profesionales que conforman el equipo quirúrgico llevar a cabo estudios de investigación en otros instituciones de salud , con la finalidad de contrastar resultados y a partir de ellos plantear medidas correctivas y establecer un criterio consensuado para la mejora de resultados en cuanto a la aplicación de la lista de verificación

## Referencias bibliográficas

Félix León, Mirta, Vicente Ruíz, María Asunción, & De la Cruz García, Carmen. (2016). Conocimiento e Implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México. *Horizonte sanitario*, 15(3), 164-171, acceso (Julio 1, 2018), disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74592016000300164&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592016000300164&lng=es&tlng=es).

Lázaro, R (2017), conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en relación a su aplicación por el profesional de enfermería del centro quirúrgico de la clínica Limatambo, tesis para optar el título de segunda especialidad en enfermería en centro quirúrgico, día de acceso (Febrero 19, 2018), disponible en :

<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1929>

Martínez H Y Benítez L (2016), Metodología de la investigación social, libros digitales pag.13, acceso (Mayo 23, 2018), disponible en:

[http://dgep.uas.edu.mx/librosdigitales/3er\\_SEMESTRE/26\\_Metodologia\\_de\\_la\\_investigacion\\_social\\_I.pdf](http://dgep.uas.edu.mx/librosdigitales/3er_SEMESTRE/26_Metodologia_de_la_investigacion_social_I.pdf)

Minsa (2009), Manual de instrucciones para el uso de la lista de chequeo de cirugía segura, acceso (Mayo 30, 2018), disponible en:

[https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/dia\\_mundial\\_salud/archivos/otros/Manual\\_Uso\\_Lista\\_Chequeo\\_CirugiaSegura.pdf](https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/dia_mundial_salud/archivos/otros/Manual_Uso_Lista_Chequeo_CirugiaSegura.pdf)

Organización mundial de la salud, Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009, la cirugía segura salva vidas, acceso (Mayo 28, 2018) disponible en:

Real academia española (2018) Diccionario de lengua española, significado de la palabra aplicación, acceso (Mayo 18, 2018), disponible en:


<http://dle.rae.es/?id=3CdJxNg>

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598\\_spa.pdf;jsessionid=A557ED66F661A5A7BD98F30897330132?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf;jsessionid=A557ED66F661A5A7BD98F30897330132?sequence=1)

Solor , A (2015) ,El Check List como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico, Revista cubana de Anestesiología y reanimación vol.14 no.1 ,acceso (Febrero 20, 2018), ,disponible en :

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-67182015000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182015000100006)

## Anexo G. Acta de aprobación de originalidad de tesis

 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE          TESIS</b>	Código : F06-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	---	---

Yo, Sebastián Sánchez Díaz docente de la Facultad de Posgrado y Escuela Profesional de gestión de los servicios de salud de la Universidad César Vallejo sede San Juan de Lurigancho, revisor de la tesis titulada

"Conocimientos de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Nacional Arzobispo Loayza ,2018", de la estudiante Liliana Lourdes Fuentes Huaman constato que la investigación tiene un índice de similitud de 21 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lugar y fecha: San Juan de Lurigancho ,21-11-2018



Firma

Nombres y apellidos del (de la) docente


DNI: 09834807

							
Elabora	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Elabora	Vicerectorado de Investigación		

## Anexo H. Pantallazo del Turnitin

Feedback Studio - Google Chrome  
Es seguro | <https://ev.turnitin.com/app/carta/es/?u=1051130621&lang=es&cs=3&o=989221166>

feedback studio Conocimiento del listado de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirú /0 2 de 2



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE POSGRADO**

Conocimiento del listado de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico Hospital Loayza 2018.

---

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

Maestra en gestión de los servicios de salud

**AUTOR:**

Liliana Lourdes Fuentes Huamán

**ASESOR:**

Flabio Romeo Paca Pantigoso

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

**Resumen de coincidencias**

**21 %**

1	<a href="http://www.wobook.com">www.wobook.com</a>	6 %
2	<a href="http://sescam.castillalamanc...">sescam.castillalamanc...</a>	2 %
3	<a href="http://es.slideshare.net">es.slideshare.net</a>	2 %
4	<a href="http://www.hsr.gob.pe">www.hsr.gob.pe</a>	1 %
5	Entregado a Universida...	1 %
6	<a href="http://www.usmp.edu.pe">www.usmp.edu.pe</a>	1 %
7	<a href="http://h.redalyc.org">h.redalyc.org</a>	1 %
8	<a href="http://www.semes.org">www.semes.org</a>	1 %
9	<a href="http://www.minsa.gob.pe">www.minsa.gob.pe</a>	<1 %
10	<a href="http://www.revistaobgin.cl">www.revistaobgin.cl</a>	<1 %
11	<a href="http://www.enfermeriaencard...">www.enfermeriaencard...</a>	<1 %
12	<a href="http://www.monografias.com">www.monografias.com</a>	<1 %

Página: 1 de 73 Número de palabras: 17404 Text-only Report High Resolution Activado 11:25 12/08/2018

## Anexo I. Autorización de publicación de tesis

 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS          EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV</b>	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	---	---

Yo, Lilitana Lourdes Fuentes Huaman , identificado con DNI N° 42006507 ,egresado de la Escuela Profesional de Posgrado de la Universidad César Vallejo, autorizo (x) la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "Conocimiento de la lista de verificación de cirugía Segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital nacional Arzobispo Loayza, 2018 ."; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art.

33

  
 FIRMA

DNI: 42006507.

FECHA: 21 de noviembre del 2018

					
Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Truado	Vicerrectorado de Investigación



## Anexo J. Autorización de la versión final del trabajo de investigación



# UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

## AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

Mgtr. MIGUEL PEREZ PEREZ

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

LILIANA LOURDES FUENTES HUAMÁN

INFORME TÍTULADO:

CONOCIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA Y SU RELACIÓN CON LA APLICACIÓN DEL EQUIPO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA ,2018

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

---

SUSTENTADO EN FECHA: 19 DE AGOSTO DEL 2018

NOTA O MENCIÓN: 14 (CATORCE)



FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN